

ESSAI D'ÉTUDE
SUR LES
Érythrodermies exfoliantes
GÉNÉRALISÉES

ESSAI D'ÉTUDE
SUR LES
Erythrodermies exfoliantes
GÉNÉRALISÉES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 2 Février 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Nicolas RIBOLLET

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Aide de laboratoire à la Clinique de l'Antiquaille

Né le 11 Décembre 1877, à Lyon

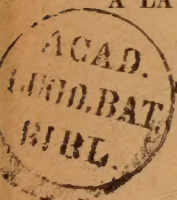


LYON

Imprimerie WALTENER & C^{ie}, Successeurs de Mougin-Rusand

3, Rue Stella, 3

1903



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
		BONDET.
Cliniques chirurgicales	}	BARD.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements		JABOULAY
Clinique ophtalmologique.		FOCHIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAYET.
Clinique des maladies mentales		GAILLETON.
Clinique des maladies des enfants		PIERRET.
Physique médicale		WEILL.
Chimie médicale et pharmaceutique		MONOYER.
Chimie organique et Toxicologie.		HUGOUNENQ.
Matière médicale et Botanique.		CAZENEUVE.
Parasitologie		FLORENCE.
Anatomie		LORTET.
Anatomie générale et Histologie		TESTUT.
Physiologie		RENAUT.
Pathologie interne		MORAT.
Pathologie externe		TEISSIER.
Pathologie et Thérapeutique générales.		AUGAGNEUR.
Anatomie pathologique		MAYET.
Médecine opératoire.		TRIPPIER.
Médecine expérimentale et comparée		POLLOSSON (M.)
Médecine légale		ARLOING.
Hygiène		LACASSAGNE.
Thérapeutique		COURMONT (J.)
Pharmacologie		SOULIER.
		CROLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé
Maladie des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBU.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P).	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch.
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAILLETON, Président ; M. ROUX, Assesseur ;
MM. CHATIN et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage de ma profonde reconnaissance
et de mon amour filial*

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GAILLETON

AVANT-PROPOS

Avant de présenter notre thèse inaugurale, qui doit clore nos études scolaires médicales, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements sincères à tous nos maîtres et en particulier à ceux qui dans les hôpitaux, ont contribué pour une large part à notre éducation médicale, en nous donnant le meilleur des enseignements, l'enseignement clinique et pratique.

Nous ne saurions trop remercier M. le Professeur GAILLETON de l'intérêt bienveillant qu'il nous a toujours porté, depuis le jour où nous avons eu le plaisir d'être son externe. Depuis cette époque, il a bien voulu nous aider de ses conseils, et nous encourager dans la voie que nous désirions suivre, en nous attachant à sa clinique, en qualité d'aide de laboratoire. Après nous avoir inspiré lui-même le sujet de notre thèse, il nous a fait l'insigne honneur d'en accepter la présidence : qu'il permette donc à l'élève reconnaissant de lui adresser le témoignage de sa profonde gratitude.

M. le docteur GAREL, dans le service de qui nous

avons eu l'heureuse fortune de passer notre premier semestre d'externat, nous a initié, à sa clinique de l'Hôtel-Dieu, à la technique rhinoscopique et laryngoscopique. Nous n'aurions garde d'oublier ses bonnes et intéressantes leçons, et nous le remercions bien vivement de la bienveillante sollicitude qu'il nous a toujours témoignée.

C'est dans le service de M. le Professeur agrégé CHATIN que nous avons fait notre apprentissage médical : nous nous rappelons avec plaisir, les longues heures passées au lit des malades, à recueillir les explications cliniques claires et précises du Maître, qui nous apprenait en même temps à ausculter nos malades, à les examiner d'une façon complète et à discuter nos diagnostics. Nous sommes heureux de lui adresser aujourd'hui tous nos remerciements pour les précieux enseignements qu'il nous a donnés.

Nous avons eu le bonheur d'être le secrétaire de M. le professeur agrégé VILLARD, qui a été notre maître en chirurgie ; nous avons appris auprès de lui la technique courante de la chirurgie d'urgence, et surtout les principales notions de gynécologie. Nous ne saurions trop nous louer de l'extrême bonté qu'il a toujours eue à notre égard, joignant ses bons conseils et ses encouragements à son savant enseignement. Qu'il veuille bien agréer nos sincères remerciements.

En même temps, il nous a été donné de profiter à la Maternité de la Croix-Rousse, des bonnes leçons de M. le Professeur agrégé FABRE, qui nous a initié avec une bienveillance sans pareille, aux examens multiples de la grossesse, nous a enseigné les grands

principes de l'obstétrique et nous a appris à surveiller le développement de l'enfant et à diriger son allaitement. Nous conserverons bon souvenir de son enseignement et de sa grande bienveillance.

Nous ne saurions oublier non plus, les bonnes leçons de M. le docteur CARLE, ex chef de Clinique à l'Antiquaille, qui a toujours été pour nous d'une bienveillance et d'une amabilité dont nous le remercions bien vivement. Nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner ici notre vive gratitude et toute notre sympathie.

M. le docteur MEYNET, chef de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, a été pour nous, non seulement un maître bienveillant, mais aussi un ami dévoué. C'est à lui que nous devons les notions de bactériologie que nous possédons : il a bien voulu aussi nous aider de ses conseils, pour la rédaction de notre travail ; qu'il soit assuré de notre reconnaissance, pour tous les services qu'il nous a rendus et pour l'amitié qu'il nous a témoignée.

Il nous reste enfin à accomplir un devoir amical, en adressant à ceux qui furent pendant tout le cours de nos études, nos compagnons de travail et nos amis dévoués, les docteurs L. FAURE et P. JOUFFRAY. Qu'ils soient assurés de notre reconnaissance et de notre profonde affection.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment, à la Clinique de l'Antiquaille, quatre cas simultanés d'érythrodermies exfoliantes généralisées. M. le professeur Gailleton, dont nous avons l'honneur d'être actuellement l'élève, et qui a bien voulu nous admettre dans son service, a attiré notre attention sur la rareté du fait, et les difficultés, parfois grandes, du diagnostic des érythrodermies ; il nous a engagé à profiter de ce que les hasards de la clinique nous mettaient en présence de quatre cas différents d'érythrodermies exfoliantes généralisées, pour les étudier, d'une façon spéciale, et en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous nous sommes alors attaché à suivre l'évolution de la maladie chez nos quatre malades, et ce sont ces quatre observations recueillies avec soin, que nous allons publier dans cette thèse et qui nous serviront de base pour l'étude comparative des érythrodermies exfoliantes généralisées.

Nous ferons, au préalable, précéder leur exposition d'un court résumé de l'histoire de la question, et d'un tableau général de la classification des érythrodermies exfoliantes généralisées, telle qu'elle a été comprise par Brocq qui, depuis 1882, s'est efforcé, dans une série de travaux fort importants, d'apporter quelque clarté dans ce groupe nosologique jusque là fort obscur et fort embrouillé.

Nous ferons suivre chacune de nos observations de quelques commentaires se rapportant au cas particulier; puis, après avoir essayé de tirer quelques déductions cliniques de l'ensemble de nos observations, nous terminerons notre travail par quelques considérations générales sur les érythrodermies exfoliantes généralisées, leur étiologie, leur diagnostic, leur pronostic et leur pathogénie.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La question des érythrodermies exfoliantes généralisées est de date relativement récente, et c'est à Brocq que revient en grande partie l'honneur d'avoir précisé la question.

Sa thèse inaugurale intitulée : « *Etude critique et clinique sur la dermatite exfoliatrice généralisée, ou mieux maladie d'Erasmus Wilson* », marque le début de ses travaux ; dans une série de travaux postérieurs, Brocq chercha, par l'étude attentive des faits, à établir des classifications dans ce groupe jusqu'alors fort confus.

Avant lui, en effet, toutes les éruptions rouges, et à desquamations lamelleuse autres que les exanthèmes vrais, étaient confondues et désignées, sans distinction aucune, sous le nom général de *pityriasis rubra* créé par Willan et Bateman.

Un historique complet nous entraînerait hors des

limites que nous nous sommes fixées ; nous ne ferons donc qu'indiquer rapidement, par quelles phases successives a passé l'histoire des érythrodermies exfoliantes.

A l'exemple de Brocq, nous diviserons cet historique en trois périodes principales : une première période, encore bien confuse, où commence l'étude des faits ; — une deuxième période, que marque un essai de classification ; — une troisième période enfin, période d'analyse, où l'on essaie de constituer des types morbides, tout en faisant ressortir les liens de parenté souvent étroits qui unissent entre eux ces divers types.

PREMIÈRE PÉRIODE. — Willan et Bateman sont les premiers auteurs qui aient parlé du pityriasis rubra, les quelques observations publiées avant eux, étant trop vagues pour mériter une mention spéciale. Bielt et Alibert décrivirent ensuite, sous le nom d'herpès furfureux volatil, quelques cas de desquamation pityriasique généralisée qu'il serait difficile, à l'heure actuelle, de classer rigoureusement. Dans son « *Traité théorique et pratique des maladies de la peau* » Rayer décrit, sous le nom de *pityriasis généralisé*, tous les caractères objectifs qui font partie du tableau des érythrodermies, mais les observations disjointes qu'il donne comme exemples, montrent combien le groupe, qu'il essayait de créer, était mal défini.

Devergie semble avoir considéré la rougeur des téguments comme le phénomène principal, et il revint à l'expression de pityriasis rubra, délaissée par Rayer.

Il chercha à fixer les caractères évolutifs du pityriasis rubra et en distingua deux variétés : l'une aiguë, qui semble répondre à ce que Brocq a appelé la dermatite exfoliatrice généralisée ; l'autre est chronique, répondant peut-être au pityriasis rubra chronique de Hébra. Malheureusement, par l'adjonction d'un type nouveau, le *pityriasis pilaris*, il apporta un nouvel élément de confusion.

En 1868, Bazin se contenta d'admettre les descriptions de ses devanciers et de les adapter à ses théories : il décrivit un pityriasis rubra chronique qu'il rangea dans ses herpétides, mais de plus, il contribua à créer le groupe des *érythrodermies exfoliantes primitives* en faisant remarquer que certains individus, jusque là exempts de toute maladie de peau, pouvaient présenter d'emblée les caractères cliniques des *herpétides exfoliatrices*.

En résumé, les travaux secondaires, mis à part, voici ce qui fut fait dans cette première période : Rayer distingue un pityriasis généralisé ; Devergie l'appelle pityriasis rubra et crée le pityriasis pilaire, bien individualisé depuis et séparé des érythrodermies par Benier et Richaud ; Gibert décrit le pityriasis rosé et Bazin l'herpétide exfoliatrice.

DEUXIÈME PÉRIODE. — Pendant que se publiaient en France les divers travaux que nous venons d'énumérer brièvement, Hébra décrivait à Vienne un *pityriasis rubra*, auquel il attribuait des caractères assez spéciaux pour affirmer que les auteurs précédents n'avaient jamais décrit de cas identiques au sien.

Toutefois, le pityriasis rubra de Hébra semble se rapprocher de la forme chronique grave admise par Devergie.

Les auteurs allemands qui ont succédé à Hébra, Neumann, Hans Hebra, n'ont fait en définitive, que compléter la description du maître.

Tandis qu'en Allemagne les auteurs ne se préoccupaient guère de ce qui s'était publié en France sur cette question, en Angleterre au contraire, les dermatologistes semblent avoir connu dès l'origine, le pityriasis rubra de Devergie, celui de Hébra et l'herpétide exfoliatrice de Bazin. Mais il ne surent pas faire œuvre critique et crurent que leurs descriptions diverses se rapportaient à une même maladie, bien définie pour eux, le pityriasis rubra. Ils apportèrent, à leur tour, des observations et n'eurent d'autre objectif que de les comparer aux types décrits, caractérisant une seule et même entité morbide.

Erasmus Wilson considéra cependant que le mot de pityriasis était impropre à désigner les affections à large desquamation lamelleuse, et lui substitua celui de *dermatite exfoliative*. Mais en créant ce terme nouveau, il ne voulut que changer l'étiquette du groupe et lui donner une dénomination mieux appropriée à l'aspect objectif général de l'éruption.

Bornons nous à rappeler aussi les noms et les travaux de J.-M. Ghie, Gairdner, J. Hawtrey, Benson, W. G. Smith, Tilbury Fox, J.-E. Sparks, Maggee Finny, de Liveing, Hutchinson, Allan Jamieson et de Stephen Mackensie. Dans un mémoire, paru en 1879, Buchanan Baxter déclare que le groupe des derma-

tites exfoliatrices n'est pas aussi homogène qu'on l'avait cru jusqu'alors : il montre qu'il faut tout d'abord séparer le pityriasis rubra de Hébra, maladie chronique, de cas plus aigus vaguement désignés sous le nom de dermatites exfoliatrices généralisées. En second lieu, il distingue des dermatites exfoliatrices primitives et, des dermatites exfoliantes secondaires, ces dernières constituant les herpétides exfoliatrices de Bazin.

Enfin, Pye Smith, comme tous les auteurs qui l'ont précédé, est frappé du peu de ressemblance des faits réunis sous le nom de pityriasis rubra, et écarte du groupe certaines affections qui y avaient été confondues, en particulier les psoriasis généralisés et invétérés et le pemphigus foliacé. C'est à peu de chose près, à cela que se borne son travail d'analyse ; le pityriasis rubra, tel qu'il le comprend, est encore un chaos d'affections très disparates.

TROISIÈME PÉRIODE. — La troisième période, qui commence avec les travaux de Vidal en 1874, mérite le nom de période de démembrement du pityriasis rubra. Dans cette période, qu'on ne peut pas considérer actuellement comme définitivement close, les faits, entassés sous le nom de pityriasis rubra, sont étudiés et classés.

A l'instigation de Vidal, Percheron distingue : 1° *une forme franchement aiguë ou pseudo-exanthématique de dermatite exfoliatrice*, comprenant les érythèmes scarlatiniformes récidivants ; 2° *une forme subaiguë ou chronique* qu'il subdivise en éruptions primitives

et en éruptions secondaires, les premières constituant la dermatite exfoliatrice généralisée, maladie spéciale, primitive, générale, les secondes représentant les herpétides exfoliatrices de Bazin.

La même année Derrécagaix (thèse de Paris, 1874), signale deux observations, également remarquables, dans lesquelles il s'agissait de poussées éruptives successives avec rougeur intense généralisée, et desquamation lamelleuse consécutive. Dans une discussion mémorable à la Société de médecine des hôpitaux, Besnier et Vidal individualisèrent ces faits sous le nom d'érythème desquamatif récidivant.

Signalons aussi une thèse importante, faite en 1876, par M. Félix Aillaud (*Etude sur quelques formes d'inflammation simple de la peau*, Th. de Lyon, 1876), sous la direction de M. le Dr Gailleton, et qui contient un assez grand nombre d'observations, divisées en trois catégories :

1^o Erythèmes scarlatiniformes pseudo-exanthématiques ;

2^o Dermatites desquamatives et pityriasis rubra ;

3^o Et une forme particulière de dermatite simple.

Nous y trouvons une excellente étude de la dermatite desquamative, que l'auteur isole d'une façon très précise du pityriasis rubra, de l'eczéma et du pemphigus, et dont il fait un genre morbide bien à part.

En résumé, lorsque Brocq entreprit, en 1882, ses premières recherches sur cette question, les dermatologistes parisiens distinguaient dans l'ancien pityriasis rubra, les quatre groupes suivants :

1^o Le pityriasis rubra pilaire ;

- 2° La dermatite exfoliatrice généralisée vraie;
- 3° Les herpétides exfoliatrices de Bazin;
- 4° Les érythèmes scarlatiniformes desquamatifs récidivants.

C'est alors que Brocq, dans une première étude sur la dermatite exfoliatrice généralisée (thèse de Paris, 1882) faisant une étude générale et étendue de tous les travaux antérieurs, s'efforça d'apporter quelque lumière dans ce groupe jusque-là si compliqué, en essayant de grouper les faits les plus nets de la manière suivante :

- 1° Herpétides exfoliatrices malignes de Bazin;
- 2° Erythèmes scarlatiniformes récidivants ;
- 3° Dermatite exfoliatrice généralisée ;
- 4° Pityriasis rubra universalis chronique de Hébra ;
- 5° Peut-être un pityriasis rubra bénin ;
- 6° Cas encore impossibles à classer constituant peut-être des faits de passage entre les diverses catégories précédentes.

En 1884, revenant encore sur cette question et poursuivant ses tentatives de classification, Brocq dans son « *étude critique et clinique sur le pityriasis rubra* » donne de nouveau un tableau d'ensemble de tout le groupe et une description succincte de chacun des types morbides précédemment énumérés.

Enfin, en 1889, au Congrès dermatologique de Paris, il proposait définitivement une classification nette et lucide, destinée à fournir un point de repère précieux dans ce dédale pathologique.

C'est cette classification définitive que nous exposons en détail dans notre chapitre suivant.

Ajoutons, que ce n'est pas sans peine que cette clas-

sification fut admise, et que ce n'est qu'après de longues tergiversations et de longues controverses que l'on finit par l'accepter comme pouvant servir de pivot à l'entente et à la conciliation.

Depuis cette époque, chacun s'est contenté de publier les différents cas d'érythrodermies exfoliantes généralisées rencontrées aux hasards de la clinique, en notant les particularités rencontrées dans chaque cas particulier et en signalant les résultats de leurs recherches personnelles, anatomo-pathologiques ou pathogéniques.

Au cours de ces publications diverses, la classification de Brocq a été souvent battue en brèche; néanmoins, actuellement, tout le monde semble s'en servir avec le plus grand profit pour cataloguer un cas donné.

Reste enfin à signaler pour compléter cet historique, deux importants mémoires: celui de Jadassohn, en Allemagne, qui contient une critique serrée de tous les travaux antérieurs et une description clinique et anatomo-pathologique de premier ordre du pityriasis rubra grave de Hébra, et celui d'Oro Mario, en Italie, qui contient une excellente étude de la dermatite exfoliatrice généralisée au point de vue anatomo-pathologique et bactériologique.

Nous ne voulons pas prolonger davantage cet historique en donnant le détail de toutes les publications parues sur ce sujet depuis cette époque. Citons seulement la communication de Caspary au Congrès de Strasbourg du 31 mai 1898, et le rapport de Walter G. Smith à la Société Dermatologique de Londres, novembre 1898, ainsi que les thèses récentes de Derrien et de Perdriat.

Tableau d'ensemble du groupe des Érythrodermies exfoliantes généralisées

Pour simplifier ce groupe complexe des érythrodermies, Brocq (1) a proposé la classification suivante :

Le syndrome érythrodermie exfoliante généralisée peut être présenté par deux grands groupes de faits.

PREMIER GROUPE. — Le syndrome se manifeste pendant le cours d'une dermatose bien classée. Ces faits comprennent :

1° *Les poussées aiguës presque généralisées qui se produisent assez souvent dans le cours d'un psoriasis, d'un eczéma séborrhéique ou séborrhéide psoriasiforme, parfois d'un lichen ruber planus ou d'un pityriasis rubra pilaris* : ces poussées n'ont pas d'ordinaire une bien longue durée, elles ne sont pas abso-

(1) *La Pratique dermatologique* (Besnier, Brocq, Jacquet), tome II, p. 554.

lument généralisées; elles sont presque toujours consécutives à une intervention locale malheureuse — l'acide chrysophanique et les préparations mercurielles sont coutumières du fait — ou à l'administration à l'intérieur d'une substance nuisible.

Ce sont les *érythrodermies exfoliantes secondaires accidentelles ou épisodiques* de E. Besnier.

1^o *Les érythrodermies exfoliantes que l'on observe parfois dans le cours du mycosis fongoïde;*

2^o *Les herpétides exfoliatives de Bazin*, qui surviennent chez des sujets débilités depuis longtemps, atteints de dermatoses rebelles, telles que l'eczéma, le psoriasis, le pemphigus. Ce sont les *érythrodermies exfoliantes secondaires terminales ou cachectiques, pernicieuses, malignes* de E. Besnier, les *dermatites exfoliatives généralisées secondaires* des auteurs anglais.

DEUXIÈME GROUPE. — Le syndrome se manifeste d'emblée après une période de début plus ou moins longue, souvent extrêmement courte, chez des sujets indemnes de toute dermatose.

Ce sont alors des *érythrodermies exfoliantes généralisées, qui gardent ce caractère pendant toute leur évolution*. Elles comprennent :

A. — D'abord toute une grande classe de faits caractérisés par une vive inflammation cutanée, une desquamation lamelleuse des plus abondantes, une certaine réaction fébrile, du moins au début; ils constituent une chaîne ininterrompue allant des cas aigus de quelques jours de durée, aux cas chroniques pou-

vant évoluer pendant plusieurs années : ce sont les *dermatites exfoliatives généralisées* de Brocq ; on peut les subdiviser en :

1° *Erythèmes scarlatiniformes récidivants ou dermatites exfoliatives aiguës, bénignes* ;

2° *Dermatite exfoliative généralisée, proprement dite*, dans laquelle on peut établir, au point de vue évolutif, deux variétés : a) *subaiguë* ; b) *chronique*.

B. — Les faits décrits par Savill, sous le nom de *dermatite exfoliative épidémique* et par Ritter von Rittersheim sous celui de *dermatite exfoliative des enfants à la mamelle*.

C. — Le *pityriasis rubra* dans lequel il faut aussi très probablement établir plusieurs variétés évolutives : a) *subaigu bénin* ; b) *chronique grave, type Hébra* ; c) peut-être *chronique bénin*.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Obs. de M. le docteur ROCHET, chirurgien-major de l'Antiquaille,
rédigée par M. FAVRE, interne de la clinique.)

*Erythème scarlatiniforme desquamatif, forme subaiguë
prolongée. (Dermatite exfoliative aiguë bénigne).*

C. F., 28 ans, employé de chemins de fer, entré dans le service le 16 septembre 1902.

Rien de spécial à noter comme antécédents héréditaires. Sa mère est morte d'affection indéterminée ; son père est encore vivant, âgé de 53 ans et très bien portant.

Jamais dans toute la famille du malade il n'a été observé d'affection cutanée semblable à la sienne, jamais non plus de dermatose rebelle.

Antécédents personnels. — Excellente santé habituelle, aucune affection de quelque gravité à signaler, sauf une bronchite au régiment, bronchite qui dura deux mois et guérit parfaitement. Jamais d'hémoptysie. Depuis cette époque la santé du malade a toujours été très bonne.

Il est marié depuis trois ans, n'a pas d'enfant ; sa femme n'a jamais eu de fausse couche.

Alcoolisme léger (vinisme) : trois litres de vin par jour, trois ou quatre petits verres par semaine.

Aucune affection vénérienne : pas de syphilis, jamais de rhumatismes, pas de manifestations nerveuses, pas de troubles gastro-intestinaux.

Il y a sept mois le malade aurait eu une affection cutanée caractérisée par des placards rouges, finement squameux, non surélevés. Ces plaques étaient légèrement prurigineuses, non suintantes ; leur répartition était très irrégulière : elles étaient plus nombreuses aux cuisses et jamais elles n'ont envahi les mains pas plus que les pieds et le visage. Pas de plaques aux lieux d'élection du psoriasis, les genoux et les coudes étaient indemnes.

Ces plaques avaient une étendue variable d'une pièce de cinquante centimes, à une pièce de dix centimes. Les éléments éruptifs guérissaient au centre alors que la périphérie était encore en voie d'accroissement. Aucune manifestation muqueuse. Guérison rapide par les bains sulfureux. Pas de retentissement sur l'état général.

Vers le 4 juin, le malade présente brusquement une rougeur vive et généralisée du tégument qui s'établit complètement dans l'espace d'une nuit. Cette rougeur avait été précédée d'une sensation d'ardeur, de chaleur à la peau très désagréable ; de plus la peau était, au dire du malade, chaude au toucher. Ces diverses sensations auraient précédé longtemps à l'avance l'apparition de cette rougeur généralisée ; elles subirent un redoublement d'intensité quand apparut l'érythrodermie.

En dehors de ces sensations, on ne note à ce moment aucun trouble de l'état général : pas d'angine, pas d'abattement, aucun trouble gastro-intestinal, d'aucune sorte.

De plus, le malade soigneusement interrogé, dit n'avoir rien absorbé de suspect les jours qui ont précédé sa maladie : il ne suivait aucun traitement à ce moment-là, et n'a

pris aucun médicament pas plus qu'il ne s'est fait aucune application sur la peau.

Le malade décrit ainsi la rougeur qui siégeait sur toute l'étendue de son tégument : sur le fond rouge de la peau apparaissait un léger granité formé de points rouges, de légères saillies très confluentes. Pendant quatre jours, cette éruption rouge généralisée persista sans modification ; mais au bout de ce temps, apparut une desquamation fine, furfuracée, également généralisée. L'affection entraînait alors dans sa période d'état ; elle persiste encore aujourd'hui avec les mêmes caractères.

Actuellement : on constate sur toute l'étendue des téguments, de la rougeur et une desquamation en fines lamelles. La rougeur est vive, s'effaçant incomplètement sous la pression du doigt.

La peau est épaissie : le malade sent lui-même que ses téguments sont moins souples que d'ordinaire, spécialement à la face.

Sécheresse absolue des téguments depuis l'apparition de l'éruption, disparition complète des sueurs, desquamation généralisée.

A la tête : desquamation en fines lamelles du cuir chevelu simulant le pityriasis alba ; pas de chute des cheveux.

A la face, les téguments sont secs, épaissis ; cependant le masque a encore sa mobilité bien qu'un peu diminuée. Pas d'ectropion, épaissement notable du pavillon de l'oreille. La rougeur et la desquamation, très manifestes au front, sont peu marquées sur le dos et les ailes du nez, ces points auraient cependant été envahis primitivement comme les autres au dire du malade. Pas de chute de la moustache.

Cou, Thorax, Abdomen. — La desquamation et la rougeur sont très marquées au niveau de la nuque et du cou : en ces points la peau est notablement épaissie, les squames sèches et furfuracées sont très abondantes. Pas de chute de la barbe.

Au thorax, les téguments offrent à peu près le même aspect ; toutefois on remarque à ce niveau une éruption papuleuse assez confluyente dans les régions sus et sous-claviculaires : ces papules sont peu saillantes, tranchent par leur coloration rouge sur le tégument avoisinant dont la couleur est d'un rouge moins vif.

Ces papules auraient apparu seulement depuis cinq ou six jours, depuis que le malade prend des bains, en même temps que quelques pustules discrètes sur les bras et l'abdomen.

Sur l'abdomen la desquamation et la rougeur sont très vives.

Aux membres supérieurs : mêmes signes. A la paume des mains la peau est épaissie, rugueuse, fendillée au niveau des plis.

Aux membres inférieurs, la rougeur et la desquamation sont encore plus accusées que sur le reste du tégument. La rougeur s'accroît aux jambes et aux pieds dès que le malade est debout, et prend alors une coloration cyanique.

Les ongles, tant aux pieds qu'aux mains, sont altérés : au gros orteil particulièrement l'ongle présente une rainure transversale très accusée à sa partie moyenne ; la partie antérieure de l'ongle est épaissie, hyperkératosée, rugueuse et la partie postérieure est striée longitudinalement. Aux doigts, même aspect rugueux et dépoli de l'ongle, l'hyperkératose de l'extrémité antérieure de l'ongle forme une sorte de collerette séparée du reste de l'ongle par un sillon transversal très apparent.

Rien de spécial à signaler au point de vue du système nerveux.

Les réflexes rotuliens et du tendon d'Achille sont normaux.

Sensibilité objective : pas de troubles apparents ; le tact, la piqure, le froid, le chaud, sont partout bien sentis.

Subjectivement, le malade accuse une sensation de prurit qui l'oblige à se gratter continuellement, toutefois elle

n'est pas assez intense pour empêcher le repos ; il est très sensible au froid et présente souvent de petits frissons erratiques.

Aucun trouble du côté des organes des sens, pas d'inégalité pupillaire, réactions à la lumière et à l'accommodation normale. L'examen des viscères ne révèle absolument rien d'anormal. L'état général est bon. Pas d'amaigrissement appréciable.

Pas de faiblesse notable.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Examen du sang :

Globules rouges....	4.650.000
Globules blancs....	13.416

Examen du sang sec sur lamelles, après coloration par l'hématéine-éosine, donne comme résultat (p. 400 leucocytes).

Lymphocytes.....	} 32
Mono. non granuleux	
Grands mono.....	
Intermédiaires.....	
Poly-neutrophiles...	66
Eosinophiles.....	12

L'analyse détaillée des urines révèle :

Quantité.....	900
Réaction.....	Acide
Urée.....	12.50 p. 4000
Phosphates (P ² O ⁵)..	4.25 p. 4000
Sucre.....	Néant
Albumine.....	Néant

Octobre. — L'affection présente toujours le même aspect, la rougeur est toujours très prononcée et la desquamation excessivement abondante, la peau reste épaissie et infiltrée. Le malade ne présente aucuns phénomènes généraux. Pas

d'alopécie, pas de chute des poils, seuls les ongles présentent cet aspect hyperkératosé et strié longitudinalement indiqué plus haut.

Novembre. — La rougeur a une tendance à diminuer ainsi que la desquamation, mais l'infiltration dermique subsiste. Le malade se trouvant mieux demande à quitter le service. Il sort le 20 novembre.

Mais le 27 du même mois il rentre de nouveau, la desquamation ayant augmenté beaucoup depuis la cessation du traitement. Il séjourne encore pendant un mois dans le service, puis quitte définitivement l'hôpital le 27 décembre, fort amélioré.

Etat du malade au moment de sa sortie. — La rougeur a beaucoup diminué et n'est pas comparable à ce qu'elle était au début de la maladie : la peau offre une coloration rosée dans toute son étendue ; elle est toujours un peu épaissie, mais l'infiltration tend cependant à prendre une marche rétrograde comme la rougeur ; le malade se trouve bien moins gêné qu'autrefois dans ses mouvements et n'éprouve qu'un peu de tiraillement quand il fait des mouvements étendus.

La desquamation est également infiniment moins abondante : les squames sont partout furfuracées, légèrement écailleuses sur les membres ; seules les extrémités conservent une exfoliation plus marquée : à la face dorsale des mains, il existe une multitude de squames épaisses et résistantes qui ne se détachent qu'à la longue, à la face palmaire il existe une hyperkératose considérable avec fissures au niveau des plis, à tel point que le malade est obligé de ramollir constamment son épiderme par des applications humides pour éviter que sa main perde sa mobilité sous cette carapace rigide. Pas d'alopécie, intégrité des cheveux, de la barbe et de tous les poils.

En certains points les léguments commencent à reprendre leur couleur normale et on voit par place des taches

blanches plus ou moins larges où la peau est souple et ne desquame plus.

L'état général est excellent.

Remarques. — Voici donc un malade atteint d'une érythrodermie d'apparence bénigne, dont l'étiologie reste inconnue, qui s'est développée en dehors de toute absorption médicamenteuse, et qui s'est caractérisée par une rougeur vive, envahissant brusquement le corps entier, après une courte période prodromique de démangeaisons et de malaise, et par une desquamation universelle se constituant en un court espace de temps.

Il nous a semblé que, de par les caractères objectifs et le mode d'évolution de la maladie, nous pouvions ranger cette observation dans les érythèmes scarlatiniiformes.

Les descriptions qu'on a donné de cette affection sont multiples et variées suivant l'étiologie, suivant l'intensité du processus morbide, suivant la durée d'évolution, nous n'avons pas l'intention de les donner ici, nous dirons seulement que notre cas paraît se rapporter assez bien à une forme d'érythème scarlatiniiforme que Bernier a qualifiée de subaiguë et qui se rapproche beaucoup de la dermatite exfoliatrice généralisée.

Nous n'insisterons pas en ce moment sur la différenciation de ces deux variétés; nous y reviendrons du reste dans la discussion de notre deuxième observation.

OBSERVATION II (Inédite)

(Obs. de la clinique de M. le professeur GAILLETON, rédigée
en collaboration avec M. FAVRE, interne du service)

Dermatite exfoliatrice généralisée chronique

M. R. 49 ans, ménagère, entrée à la clinique de l'Antiquaille, salle Sainte-Agnès, le 2 juillet 1902.

La malade entre à l'hôpital pour une affection cutanée, caractérisée par une rougeur très vive, généralisée à toute l'étendue des téguments, et s'accompagnant d'une très abondante desquamation épidermique.

Les antécédents héréditaires sont nuls. Ses parents sont morts à un âge très avancé. Jamais il n'a existé dans la famille de la malade d'affection cutanée analogue à celle qu'elle présente, jamais même de dermatose d'aucune sorte.

Personnellement elle avait toujours joui, jusqu'à présent, d'une santé excellente, et n'a jamais fait, suivant sa propre expression, un quart d'heure de maladie.

Premières règles à 18 ans, sans manifestations anémiques, précédentes ou consécutives.

Mariée à 30 ans, la malade a eu cinq grossesses à terme; les cinq enfants sont vivants et bien portants. A noter quatre fausses couches à deux et trois mois, que la malade attribue à une excessive fatigue qu'elle s'imposait au cours des travaux de la campagne. A part ces fausses couches, aucune autre manifestation ne peut être relevée qui puisse faire songer à la syphilis : jamais d'éruption cutanée, ni maux de gorge. D'autre part, le mari de la malade est en excellente santé.

Pas d'éthylisme marqué. Les enfants de la malade disent cependant « qu'elle buvait pas mal et qu'elle était d'un caractère très irritable. »

Ménopause il y a trois ans.

L'affection actuelle a débuté, il y a sept mois, par un



Cuisse et jambe (face externe)

*Desquamation typique de la dermatite exfoliatrice
généralisée.*

placard rouge, de petites dimensions, non surélevé, qui était le siège d'une fine desquamation. Ce placard rouge occasionnait un prurit léger, et donnait lieu à une sensation analogue à celle de piqûres d'aiguilles. Il ne présentait jamais ni vésiculation, ni suintement à sa surface.

Aucune manifestation cutanée antécédente : pas d'eczéma, pas de psoriasis.

Cette plaque rouge, siégeant un peu au-dessus de l'ombilic s'agrandit peu à peu d'une façon irrégulière, et sans jamais présenter de contours nettement circulaires, ni de bourrelet périphérique. L'affection conserve d'ailleurs ses caractères du début : desquamation en fines lamelles, prurit modéré, sècheresse absolue.

En juin, l'affection gagne les cuisses et envahit le thorax ; les jambes, la face ; les bras sont seuls respectés.

Dans la deuxième quinzaine de juin, nouvelle poussée envahissant les portions du tégument, jusque là restées saines, et en particulier la tête. Rougeur généralisée, desquamation et prurit intenses. La malade entre à l'hôpital.

À l'entrée. — On est frappé tout d'abord, par la rougeur vive et généralisée à toute l'étendue du tégument.

La coloration est rouge carmin à la face, rouge très sombre sur le reste du corps, et presque lie de vin aux membres inférieurs ; le tégument, uniformément rouge, est le siège d'une desquamation épidermique très abondante.

Au niveau des membres, ainsi que sur le tronc, les squames affectent la forme de lamelles allongées de 3 ou 4 centimètres sur 1 centimètre de large. Elles sont disposées en élégants réseaux aux avant-bras et aux jambes. Le bord libre de la lamelle supérieure arrive au contact du bord adhérent de la lamelle inférieure comme les tuiles d'un toit : elles sont donc nettement imbriquées.

Ces collerettes épidermiques sont fines, transparentes ; elles sont adhérentes par un de leurs côtés et flottent sur tout le reste de leur étendue. Quand on arrache la lamelle en sens inverse de sa direction, on découvre une surface

rouge, luisante, comme vernissée et l'on fait apparaître quelquefois une gouttelette de sang.

A la face, la desquamation est plus fine, pityriasiforme.

Au total, la desquamation est très abondante ; la chute des squames est incessante et pendant la nuit la malade en couvre littéralement ses draps.

Le prurit est constant, très violent, ne laissant que peu de repos à la malade pendant la nuit.

La peau est chaude et sèche : aucune transpiration depuis le début de la maladie.

La peau est très épaissie au niveau des surfaces plantaires et palmaires : elle est profondément fissurée en plusieurs points au niveau des genoux, des cou-de-pieds, des plis interphalangiens. Ces fissures sont peu douloureuses, non suintantes. L'épiderme de la paume de la main est très épaissi, jaunâtre et desquame en lambeaux plus ou moins fins.

Pas d'altérations notables des ongles, qui sont très lisses, luisants, non décollés et présentent seulement un épaississement manifeste de la matrice unguéale, visible au niveau du bord libre de l'ongle.

A la face, on note une dépilation totale des sourcils, diffuse des cils.

Les squames s'accumulent dans le conduit auditif et entraînent une diminution de l'acuité auditive.

Au cuir chevelu, desquamation en petites lamelles ; les squames sont grasses, adhérentes. La plus grande partie des cheveux, autrefois très abondants, a disparu ; les rares cheveux qui restent sont frêles, ne résistent pas à la traction et s'arrachent sans douleur.

La peau à la face est épaissie, dure, se laisse plisser difficilement.

Au réveil, la malade éprouve une sensation de gêne dans ses mouvements ; il lui semble que sa peau est devenue trop courte.

Cette rétraction est manifeste à la face : les paupières

inférieures sont en ectropion, les commissures labiales sont tirées en dehors, les rides du front sont à peine marquées. La malade éprouve une certaine gêne pour fermer les yeux et ouvrir la bouche. La physionomie a perdu en grande partie sa mobilité.

Les muqueuses sont intactes.

Pas de retentissement ganglionnaire.

A l'examen des viscères, on constate :

Aux poumons : La respiration est un peu emphysémasieuse, mais s'entend sans obscurité ni adjonction de bruits adventices dans toute la hauteur des deux poumons.

Cœur. — La pointe bat dans le cinquième espace au-dessous et un peu en dehors du mamelon. Les bruits sont réguliers, un peu sourds ; pas de galop ni de souffle.

Tube digestif. — Les fonctions digestives s'accomplissent normalement, pas de diarrhée ni de constipation, l'appétit est légèrement diminué, la langue est un peu saburrale.

Système nerveux. On ne constate aucun trouble d'ordre moteur chez la malade. Les réflexes sont normaux.

La sensibilité objective est intacte.

Au point de vue subjectif, la malade est très sensible au froid ; elle grelotte quand elle se lève et présente souvent, à intervalles irréguliers, des frissons erratiques.

Pas de trouble de l'intelligence. Aucun trouble sensoriel.

Urines. — Ne renferment ni sucre, ni albumine.

Voici du reste le résultat détaillé de l'analyse des urines pratiquée le 6 juillet :

Quantité.....	700 cc.
Réaction.....	très acide.
Urée.....	14,25 ‰
Phosphates (P ³ O ⁵)...	1,15 ‰
Dépôt.....	peu abondant : cristaux d'ac. urique.

8 juillet. — Etat stationnaire. Le prurit est toujours très marqué et la desquamation très abondante.

La température locale prise au pli du coude est de 37°,3.

Le malade a souvent des frissons la nuit; le prurit est violent et empêche tout sommeil.

L'examen du sang pratiqué le 30 juillet a fourni les résultats suivants:

Globules rouges....	3.906.000
Globules blancs.....	18.600

L'examen du sang sec, sur lamelles, après coloration par l'hématéine éosine révèle: pour 100 globules blancs.

Poly-neutrophiles.....	56
Eosinophiles.....	18
Lymphocytes.....	} 26
Mono. non granuleux.....	
Grands mono.....	
Formes intermédiaires.....	

Les granulations éosinophiles sont nettement visibles, très réfringentes, tassées dans le protoplasma.

Sur la préparation on voit, en plusieurs points, des éosinophiles qui ont, pour ainsi dire, éclaté et dont les granulations forment autour du noyau un semis très net.

En quelques points les leucocytes neutrophiles ont leur protoplasma coloré d'une façon diffuse en rouge par l'éosine, mais sans granulations visibles (pseudo-éosinophiles).

1^{er} août. — L'état de la malade est peu modifié: la peau est toujours très rouge, épaissie, comme infiltrée, fissurée en quelques points (genoux, cou-de-pieds).

Dès que la malade se lève les cuisses et surtout les jambes sont envahies par une rougeur cyanique très accusée. La malade a parfois dans la journée, un frisson très intense avec tremblement généralisé durant une demi-heure et se terminant par une légère moiteur, sans augmentation de la température. La malade est abattue, l'appétit a diminué.

15 août. — La malade accuse une certaine amélioration : la rougeur est un peu moins vive, le prurit moins violent ; les squames sont moins larges, la desquamation est un peu moins abondante et a une tendance à devenir pityriasique et furfuracée.

La peau est toujours un peu chaude, mais moins qu'au début ; les fissures ont disparu, le masque facial est plus mobile.

Aucun trouble de l'état général, les fonctions digestives sont bonnes.

L'examen du sang, pratiqué à nouveau, montre une éosinophilie encore très marquée (plus de 12 p. 100),

L'examen des urines donne à ce moment les résultats suivants :

Densité.....	1010
Précipité.....	floconneux
Phosphates.....	0,650 pour 1000
Urée.....	11,05 —
Sucre et albumine.....	néant

Septembre. — L'état de la malade semble s'améliorer encore : la desquamation devient bien moins abondante. La peau est très rouge néanmoins, et la sensation de prurit subsiste toujours aussi violente. La malade a encore de temps en temps, quelques frissons et présente parfois de petites poussées de desquamation.

Octobre. — La desquamation tend de plus en plus à disparaître, elle est franchement furfuracée ; la rougeur des téguments subsiste, ainsi que le prurit que l'on cherche en vain à calmer, en essayant l'acide phénique à l'intérieur sous forme pilulaire.

Aucune complication du côté des téguments. L'état général reste bon ; la malade ne se sent pas trop affaiblie, elle paraît cependant avoir maigri un peu.

Pas de chute des ongles.

Novembre. — La desquamation est presque nulle, mais la

peau conserve la même rougeur généralisée sans tendance à la diminution; elle est toujours un peu épaissie et comme infiltrée.

Les ongles ne présentent toujours pas de lésions notables, ils sont seulement un peu rugueux, décolorés et épaissis; on ne remarque pas à leur surface de sillons ni de striations.

L'état général reste excellent. Aucune lésion pulmonaire.

Décembre 1902, la malade est toujours dans le même état; il n'y a plus de desquamation proprement dite, mais la rougeur, le prurit, et l'infiltration des téguments sont toujours aussi prononcés. A part le prurit, la malade n'accuse plus aucun autre trouble fonctionnel. Les ongles n'ont pas de tendance à tomber, mais l'alopécie est complète ainsi que la chute des poils (cils, sourcils, poils du pubis).

L'état général reste bon. Aucune complication locale ou générale.

Pas d'hypertrophie ganglionnaire.

De temps en temps il se produit une desquamation furfuracée, reproduisant en petit et d'une façon parfaite, la desquamation type de la période d'état à squames imbriquées, et disposées parallèlement.

Une *biopsie* d'un fragment de peau, pratiquée en pleine période d'état, a été envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique et nous avons reçu la réponse suivante :

Voici ce que l'on constate dans les coupes de cette peau : l'épithélium est épaissi considérablement dans deux de ses parties : dans sa couche de cellules plates et dans ses bourgeons interpapillaires. La couche des cellules plates lamelleuse est trois ou quatre fois plus épaisse que d'ordinaire; de plus, toutes ces cellules gardent leurs noyaux colorables jusqu'aux plus superficielles. Immédiatement au-dessous de la couche des cellules lamelleuses, commence un corps muqueux de Malpighi, moins épais que d'ordinaire, sans différenciation en *stratum granulosum* ni *stratum lucidum*.

et enfin des bourgeons **inter**papillaires courts et tous anastomosés, **délimitant** de petits espaces connectifs, répandant au **derme** où sont répandues de petites cellules rondes très **abondantes**, présentant des points de confluence nodulaire. Ces espaces sont feutrés et les gros faisceaux conjonctifs hyalins tendiniformes ne commencent réellement que assez au-dessous des bourgeons interpapillaires. Dans le derme à gros faisceaux, les cellules rondes se font de plus en plus rares.

Au total la lésion paraît fondamentalement aiguë.

Un dernier examen hématologique pratiqué à la fin du mois de décembre a donné (triacide):

Lymphocytes	19
Grands mono.....	7
Poly-neutro.....	65
Poly-éosinophiles.....	9

L'éosinophilie serait moitié moindre qu'à la période d'état.

Remarques. — Si nous analysons attentivement ces deux observations, nous nous trouvons en présence d'une affection ayant débuté dans l'un des cas brusquement, dans l'autre plus lentement, chez deux sujets parfaitement indemnes de toute dermatose antérieure, spontanément, sans cause provocatrice directement appréciable, et caractérisée, dans les deux cas, à sa période d'état, par une rougeur vive généralisée et une desquamation abondante également généralisée.

Si nous nous reportons à la classification de Brocq, il nous semble indiscutable que nous pouvons, de prime abord, considérer ces deux cas comme étant deux érythrodermies exfoliantes généralisées primitives. Mais si, poursuivant nos investigations, nous essayons

de ranger chacune de ces deux affections dans l'une des catégories proposées par Brocq comme subdivision de ce groupe nous nous trouvons fort embarrassés.

S'agit-il en effet, d'un érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant dit encore dermatite exfoliative aiguë bénigne? S'agit-il, au contraire, d'une dermatite exfoliative généralisée proprement dite subaiguë ou chronique? S'agit-il enfin d'un pityriasis rubra subaigu bénin, ou chronique bénin, ou chronique grave, type Hebra?

Voilà ce qu'il nous est difficile de préciser pour le moment, étant donné que nous n'avons assisté jusqu'à présent qu'à une partie de l'évolution de la maladie et que nous ne pouvons même pas prévoir comment elle se terminera dans les deux cas.

Nous ne pouvons donc pas espérer, pour le moment, faire un diagnostic rigoureusement exact et nous sommes obligés de nous borner à faire des hypothèses. Si cependant nous essayons de préciser la forme à laquelle nous avons à faire, en nous appuyant pour cela sur le mode de début de la maladie, sur son évolution et sur ses caractères objectifs, voici les remarques que nous pouvons faire.

Dans notre première observation, le début brusque et spontané de la maladie à la façon d'un érythème infectieux, la desquamation furfuracée à la période initiale et quelque peu lamelleuse à la période d'état, la tendance à la guérison, nous font songer à une dermatite aiguë bénigne. Nous ignorons de quelle façon se terminera l'affection de notre malade, et il nous est

impossible de le prévoir pour l'instant. D'autre part, ces formes d'érythèmes scarlatiniformes desquamatifs peuvent affecter des caractères essentiellement variables et il nous est difficile de mieux préciser notre diagnostic pour le moment.

Dans notre seconde observation, l'aspect objectif de la maladie rappelle tout à fait la dermatite exfoliative généralisée proprement dite, type de Brocq. Nous ne voulons pas faire ici la description ; toutefois si nous nous reportons à la description résumée qu'en a donnée Brocq, nous verrons que notre cas s'y adapte parfaitement dans ses grandes lignes :

« C'est une affection, dit Brocq, qui éclate le plus souvent chez des individus sains, n'ayant jamais eu de maladie de peau, qui est rare et survient le plus souvent chez un adulte pendant la saison chaude. Certaines irritations de la peau, sa sécheresse habituelle, des excès alcooliques, des antécédents arthritiques semblent être des causes prédisposantes.

Elle débute par une ou plusieurs plaques rouges, souvent prurigineuses, qui s'étendent et se généralisent à tout le tronc en un temps variable ; puis arrive la desquamation.

A la période d'état l'éruption est constamment sèche sauf dans quelques cas où il y a un peu de suintement vers les plis articulaires. Elle est caractérisée par une rougeur intense, érysipélateuse avec un peu d'infiltration du derme, par une desquamation incessante sèche de l'épiderme en lamelles blanches, nacrées, transparentes, adhérentes par leur bord supérieur, flottantes dans tout le reste de son étendue, imbriquées, de plu-

sieurs centimètres de long sur un ou deux de haut; elles revêtent surtout ce caractère au tronc et sur les membres. Vers la fin du premier mois survient l'alopécie qui intéresse tous les poils du corps et devient parfois complète, et une altération spéciale des ongles qui peut entraîner leur chute totale. Ces lésions des phanères qui atteignent des degrés variables suivant les cas, doivent être considérées comme un des symptômes les plus caractéristiques.

Dans les premières périodes, les malades éprouvent des démangeaisons, mais surtout de vives cuissons, parfois une sensation de tension et d'étroitesse de la peau.

Telle est la description symptomatique générale de cette affection, décrite et isolée du pityriasis rubra par Brocq.

Comme on le voit, notre observation présente absolument les caractères généraux indiqués dans cette description.

Nous ne voulons pas en faire ici un diagnostic détaillé avec le pityriasis rubra; nous dirons seulement que cette variété se différencie nettement par un début beaucoup plus lent, une généralisation progressive, la petitesse des squames, la desquamation furfuracée, la rétraction graduelle de la peau, et l'évolution presque toujours fatale, avec coexistence à peu près constante de tuberculose pulmonaire.

Plusieurs raisons enfin nous faisaient hésiter à rattacher définitivement notre observation au type décrit par Brocq, sous le nom de dermatite exfoliatrice généralisée proprement dite, à savoir le début lent de l'a-

fection, sa longue durée, l'absence de phénomènes généraux, et l'intégrité de l'état général. Mais en consultant l'article de la *Pratique dermatologique*, récemment paru, nous vîmes qu'en dehors des érythrodermies exfoliantes généralisées subaiguës, il existait également une forme chronique du même type, laquelle est constituée : 1^o par une période de début souvent fort longue, pendant laquelle l'affection simule un peu l'eczéma et pendant laquelle elle s'étend progressivement :

2^o par une période également fort longue d'état, pendant laquelle elle présente les principaux caractères objectifs précédemment décrits ;

3^o par une période de déclin pendant laquelle la desquamation et la rougeur disparaissent peu à peu et fort lentement ; période de déclin, qui peut parfois se faire attendre fort longtemps, tel un cas cité par Brocq, qui aurait duré dix-neuf ans.

Dès lors, il nous parut plausible de rattacher notre cas à ce type-là, et de porter le diagnostic d'érythrodermie exfoliante généralisée proprement dite, forme chronique.

Nous ne voulons pas cependant être trop affirmatif étant dans l'impossibilité de prévoir ce que l'avenir réserve à cette malade.

Voici six mois écoulés depuis la généralisation de l'érythrodermie et l'état actuel de la malade ne nous permet pas de porter un pronostic même approximatif.

Guérira-t-elle dans un avenir plus ou moins lointain ? La conservation d'un bon état général, l'absence de

complications pourraient, à la rigueur, nous le faire croire; mais, d'autre part, la persistance de la rougeur et de la démangeaison, la tendance des téguments à rester épaissis et infiltrés, semblent devoir assombrir le pronostic. Nous demeurons donc dans le domaine des hypothèses, lesquelles sont multiples et variées. Ou bien bien la maladie guérira après une évolution et une durée plus ou moins longues, avec ou sans récurrence? Ou bien au contraire, la maladie évoluera à la façon d'un pityriasis rubra vers une terminaison fatale.

Quoiqu'il en soit, nous ne pouvons que reconnaître notre impuissance à poser un diagnostic rigoureusement précis. Et du reste, comme l'avoue Brocq lui-même, ces différentes variétés sont si voisines les unes des autres, qu'il est presque impossible, parfois, de les différencier d'une façon absolue pour un cas pris en particulier.

OBSERVATION III (Personnelle)

(Obs. de la clinique de M. le professeur GAILLETON)

Erythrodermie exfoliante généralisée secondaire, survenue dans le cours d'un psoriasis, à la suite d'une application médicamenteuse externe. Guérison.

C. C..., 18 ans, cultivateur, entré à la clinique, salle Saint-Alexandre, le 31 juillet 1902.

Ce malade entre à l'hôpital pour une affection cutanée, représentée par une rougeur généralisée de tout le tégument et une desquamation excessivement abondante.

Rien à signaler comme antécédents héréditaires : le malade a encore ses parents qui se portent très bien, ne présentent aucune tare d'alcoolisme ou de tuberculose, et n'ont jamais eu aucune maladie de peau. Deux sœurs en bonne santé.

Comme antécédents personnels, le malade n'accuse aucune maladie antérieure : il dit avoir toujours joui d'une santé excellente et affirme même n'avoir pas eu les maladies communes de l'enfance : rougeole, scarlatine. Pas d'alcoolisme, pas d'excès d'aucune sorte, pas de surmenage, aucune maladie vénérienne, aucun stigmate de syphilis.

Il y a dix ou douze mois, le malade raconte qu'il eut une poussée de psoriasis, localisé aux genoux et aux coudes, affections qui survint spontanément, sans cause appréciable. Vu l'absence de phénomènes généraux et douloureux, le malade ne s'en inquiéta pas autrement et ne fit aucun traitement. A cette époque, il présentait, dit-il, seulement quelques placards de psoriasis qui restèrent localisés aux genoux et aux coudes pendant quatre mois, sans tendance à l'extension. Mais au bout de ce temps, c'est-à-dire quatre mois après le début de l'affection, les placards psoriasiques s'agrandirent progressivement, puis un beau jour le malade prit une poussée plus étendue et constata l'apparition de

plaques analogues, quoique plus petites, sur le thorax, l'abdomen et le cuir chevelu.

Inquiété alors par cette généralisation de l'affection, le malade se décida à aller consulter un médecin qui institua d'abord un traitement interne arsénical, sans aucune application externe active autre que de la vaseline boriquée pour ramollir et faire tomber les squames psoriasiques. Cette médication restant absolument inefficace, le médecin essaya alors des frictions à l'huile de cade qui ne donnèrent pas un résultat suffisant. Devant la persistance de l'affection le médecin essaya alors d'agir plus énergiquement et prescrivit une pommade à l'acide pyrogallique à 5 pour cent, en recommandant au malade d'être réservé pour l'application de cette pommade qui ne devait être appliquée que sur les plaques psoriasiques seulement. (Nous tenons tous ces détails du médecin traitant qui a bien voulu nous les transmettre).

Le malade au lieu de borner ses onctions aux placards de psoriasis, crut bien faire et agir plus énergiquement sur la maladie en se frictionnant vigoureusement tout le corps avec la pommade donnée. Le lendemain de cette application intempestive, le malade commença à apercevoir sur son corps de larges placards très rouges, prurigineux et qui étaient le siège d'une cuisson très vive. Le surlendemain et les jours suivants, ces surfaces rouges s'étendirent encore et au bout de quatre jours, le corps entier devenait le siège d'une rougeur intense, généralisée, avec démangeaisons vives, et sensation de brûlure intense. Des pieds à la tête, les téguments présentaient la même rougeur généralisée. Les jours suivants, le malade raconte qu'il se produisit quelques phlyctènes en différents points du corps, auxquelles succéda bientôt une desquamation intense. Le malade alla alors de nouveau consulter son médecin, qui devant la longueur probable du traitement et la difficulté de l'appliquer convenablement à la campagne, lui conseilla de venir se présenter à l'Hospice de l'Antiquaille. Telle est

donc l'histoire détaillée de la période initiale de la dermatite exfoliante généralisée que présente actuellement le malade.

A son entrée, en effet, on constate une rougeur très vive et généralisée, de teinte plus ou moins foncée suivant les régions que l'on envisage et suivant la position prise par le malade. De plus, on est frappé de l'abondance extrême de la desquamation. Cette desquamation est également généralisée : les squames épidermiques offrent un aspect variable suivant les régions : elles sont pityriasiques au cuir chevelu, furfuracées à la face, finement lamelleuses au cou et sur le thorax, franchement lamelleuses sur les membres, sans cependant être nettement imbriquées. Par places la desquamation se fait en larges lambeaux de formes irréguliers, ou en longues lamelles filamenteuses. Aux extrémités, à la paume des mains et à la plante des pieds l'épiderme desquame en vastes lambeaux assez épais. Ces squames sont en général sèches et transparentes : on remarque cependant au niveau des plis un suintement assez prononcé qui donne aux squames environnantes un aspect humide et un peu macéré, et qui occasionne à ce niveau là des fissures parfois assez profondes. Cette desquamation est si abondante qu'en se secouant le malade déverse autour de lui une véritable pluie de squames, de plus elle se renouvelle constamment et avec une grande rapidité, si bien que quelques heures après la sortie du bain, le malade desquame autant qu'avant.

Aux endroits qui viennent d'être dépouillés de leur épiderme, le tégument offre un aspect rouge vernissé, parfois légèrement suintant. A la face les traits sont tirés, le masque a perdu sa mobilité, les yeux sont larmoyants, les paupières irritées et dépourvues de cils ; les oreilles présentent une accumulation de squames dans leurs replis, et des fissures se montrent au niveau des plis rétro-auriculaires. Les sourcils sont en partie tombés, les cheveux sont très clairsemés, on ne constate pas cependant d'alopecie vraie.

La peau paraît universellement épaissie et comme infiltrée à la palpation.

Les ongles n'offrent pas de troubles trophiques notables : ils ont seulement un aspect dépoli et quelques éraillures à leur surface.

Le malade est très gêné dans ses mouvements du fait des fissures suintantes qui siègent au niveau des grands plis articulaires, et qui ont mis le derme à nu, rendant de la sorte les mouvements douloureux. Il éprouve de plus une sensation de démangeaison et de brûlure très pénible, et présente une sensibilité au froid très marquée, claquant des dents dès qu'il sort du lit. A part tout cela, il n'éprouve aucun trouble général notable ; les fonctions digestives sont normales, pas de fièvre, aucune réaction générale.

L'examen des viscères ne révèle absolument rien d'anormal. Rien à la gorge, pas d'énanthème bucco-pharyngé, bon état général.

Les urines examinées à plusieurs reprises ne renferment ni albumine, ni sucre. L'analyse dénote une diminution du taux de l'urée 12, 32 pour 1.000, ainsi que des phosphates : 1, 18 pour 1.000.

Un fragment de peau a été envoyé au laboratoire d'anatomie pathologique et nous avons reçu la réponse suivante :

Mêmes caractères généraux histologiques que pour l'érythrodermie exfoliante proprement dite, déjà vue. L'épithélium est épaissi considérablement dans ses deux parties ; dans sa couche de cellules plates et dans ses bourgeons interpapillaires. La couche des cellules plates est cinq ou six fois plus épaisse que d'ordinaire, de plus toutes ces cellules gardent leur noyau colorable jusqu'aux plus superficielles et les plaques les plus épaisses tendent à se détacher par lambeaux. Même disparition de la différenciation du corps muqueux en stratum lucidum et granulosum. Même allongement avec anastomoses des bourgeons interpapillaires. Enfin, mêmes petites cellules dans les papilles et les aires feutrées connectives qui pénètrent entre les bourgeons interpapillaires. Rien autre à noter.

L'examen hématologique pratiqué à la période d'état, a décélé, sur 100 leucocytes (triacide) :

Lymphocytes.....	21
Grands mono.....	5
Polynutrophiles.....	63
Poly-éosinophiles.....	11

20 août. — La desquamation est toujours aussi abondante: le malade prend des bains journaliers et quelques heures après la sortie du bain il desquame aussi abondamment qu'avant; la rougeur est également fort intense et s'accompagne par places de suintement assez prononcé, surtout au niveau des plis.

Le prurit semble avoir un peu diminué, néanmoins le malade se gratte continuellement presque inconsciemment.

10 septembre. — Des complications surviennent: le malade présente successivement une série de furoncles et d'abcès à la nuque, au cou, au cuir chevelu, aux aisselles. Pendant trois semaines on incise journellement de nouveaux abcès. La rougeur et la desquamation persistent toujours.

1^{er} octobre. -- Les complications cutanées ont cessé, les phénomènes aigus semblent s'amender: la desquamation est moins abondante et présente une tendance à devenir furfuracée, la rougeur semble s'atténuer, elle est surtout marquée aux parties déclives quand le malade est debout; le derme paraît moins irrité et moins infiltré.

Pas d'alopécie massive, mais les cheveux sont très clair-semés; cils et sourcils ont en partie disparu.

Les ongles conservent un aspect dépoli et sont épaissis à leur extrémité libre.

20 octobre. — Amélioration notable: la desquamation est presque nulle, les squames sont fines, pityriasiformes; la rougeur est bien moins accentuée.

10 novembre. — Le malade est à peu près complètement guéri, les téguments présentent encore une teinte rosée; plus de desquamation: il persiste seulement un état pityriasique du cuir chevelu. Le malade quitte le service.

Nous avons eu récemment de ses nouvelles : il dit être complètement guéri actuellement, sa peau aurait repris, paraît-il, son aspect normal. Le psoriasis n'a pas réapparu.

Remarques. — Comme l'indique le récit de cette observation, nous sommes en présence d'une affection offrant objectivement les mêmes caractères que la dermatite exfoliatrice généralisée, mais au lieu d'être primitive comme elle, elle est nettement secondaire et consécutive à une intervention médicamenteuse (acide pyrogallique).

Mais il ne s'agit pas seulement ici d'une éruption médicamenteuse banale, d'un simple érythème comme on en voit souvent à la suite d'applications externes intempestives ; nous avons affaire ici à une affection d'un ordre beaucoup plus élevé et totalement à part. Combien de fois en effet avons-nous vu des érythèmes généralisés consécutifs à des applications mercurielles, cadiques, ou chrysophaniques, qui malgré leur intensité étaient loin d'offrir les caractères que nous trouvons dans le cas présent. Cette rougeur vive accompagnée d'infiltration des téguments, cette desquamation généralisée en larges lamelles, ces frissons, ce prurit, cette longue durée, voilà le cortège symptomatique de l'érythrodermie exfoliante généralisée, tel qu'il nous apparaît dans notre observation.

Notre cas semble donc se classer de lui-même dans la 1^{ère} variété des érythrodermies secondaires de Brocq, représenté par les poussées aiguës d'érythrodermie exfoliante généralisée survenant au cours d'une dermatose, le plus souvent à la suite d'une intervention médicamenteuse.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Obs. de M. le professeur AUGAGNEUR, due à l'obligeance de
M. DUVERNAY, interne du service)

*Mycosis fungoïde. — Erythrodermie persistante sans
vésicules, ni croûtes, subissant des poussées intermit-
tentes. — Tumeurs faciales regressant ou s'ulcérant
en cupules. — Mort.*

A. V., âgée de 30 ans, lingère, entrée aux Chazeaux, le
27 juillet 1901.

Mère morte il y a douze ans, à l'âge de 55 ans, de maladie
de cœur ; père vivant et bien portant ; une sœur en bonne
santé, deux autres, l'une morte toute jeune, l'autre du croup
à 2 ans 1/2.

Personnellement, elle a toujours joui d'une bonne santé.

Réglée à 13 ans ; ses règles ont toujours été régulières
depuis, jusqu'en octobre 1901, pas mariée, n'a jamais eu de
fausse couche ni d'enfant.

A l'âge de 18 ans : érysipèle de la face qui guérit sans
laisser de traces.

C'est à peu près vers l'âge de 25 ans que la santé de la
malade commença à chanceler. Elle eut à cet âge (c'est-à-
dire en 1895) quelques boutons au genou droit, boutons qui
s'ulcérèrent et se couvrirent de croûtes, durèrent quinze
jours et disparurent ; d'autres en tout semblables aux
premiers prirent naissance au bas des reins.

Quelques mois plus tard, la malade eut à la cuisse droite
un phlegmon profond, qui fut incisé et d'où sortit du pus
en quantité. Celui-ci, une fois fermé, un autre reparut plus
haut. Elle en eut ainsi huit de suite ; quand l'un était guéri,
un autre reparaissait aussitôt.

Après ces huit phlegmons de la cuisse droite, la malade
en eut un à chaque coude, puis un au milieu du dos, qui
clôtura la série.

Pendant toute cette période, aucun érythème.

Bonne santé pendant quelques mois; puis, progressivement, s'établit une conjonctivite sur la nature de laquelle la malade ne peut donner de renseignements et qui semble avoir été assez intense, avec photophobie et larmoiement. Cette affection dura environ deux ans.

En 1899, sans cause appréciable, apparut sur le thorax, près du cou, un érythème s'accompagnant de démangeaisons intenses, qui, dès son apparition, prit une marche descendante, s'étendant vers la partie inférieure du tronc.

Sur ces entrefaites, apparut sur la lèvre supérieure un bouton qui s'ulcéra, fut douloureux et dura un an environ. Il ne s'accompagna pas d'adénite; ni de roséole, ni de chute des cheveux, ni de maux de tête, et guérit à la longue.

Mais, pendant ce temps, l'érythème s'était généralisé insensiblement. La peau était très rouge, rugueuse, desquamante. Les démangeaisons étaient intolérables, surtout le soir, quand la malade se déshabillait. Tout le corps était envahi, sauf les bras; la figure elle-même était prise. On était alors en juillet 1900.

La malade alla alors consulter un médecin, qui institua un traitement à l'air chaud, qui fut appliqué jusqu'en mars 1901. Le résultat fut nul; l'état de la malade empira, au contraire, pendant ce temps.

La figure devint plus rouge, les démangeaisons redoublèrent; c'étaient des souffrances intolérables. C'est alors qu'apparurent à la figure de grosses nodosités. Ces nodosités grossissaient insensiblement, leur consistance était dure, analogue à de la chair ferme, au dire de la malade.

En juillet 1901, quand la malade se présenta pour la première fois à la visite des Chazeaux, elle avait cinq ou six de ces nodosités, grosses comme des billes, disséminées un peu sur toute la face. La malade, à son entrée, fut considérée comme atteinte d'un eczéma généralisé, et on essaya alors surtout de calmer le prurit et de relever l'état général.

En novembre 1901, les masses ganglionnaires cervicales

s'hypertrophient et furent suivies par l'apparition de ganglions axillaires et inguinaux assez volumineux.

En janvier 1902, les tumeurs avaient augmenté considérablement de volume. Deux de ces nodosités, les plus grosses, furent extirpées ; l'une, siégeant à la joue, avait le volume d'une petite pomme. Envoyées au laboratoire d'anatomie pathologique, il fut répondu : que ces tumeurs étaient sans doute formées par de la tuberculose cutanée, vu la présence de nombreuses cellules géantes nettement caractérisées.

En mai 1902, la malade eut une nouvelle poussée d'érythrodermie : tout le corps était d'une rougeur intense ; la peau desquamait par lambeaux allongés transversalement. La face elle-même n'était pas épargnée ; elle était rouge et desquamait en larges lamelles. Les membres supérieurs étaient également atteints, jusque sur le dos des mains.

Les masses ganglionnaires subirent une poussée parallèle ; elles doublèrent de volume.

De nouvelles tumeurs apparurent au front, près de la racine du nez : elles étaient dures, charnues.

Le prurit était atténué. Les règles avaient cessé depuis novembre 1901.

En juillet 1902. — Etat stationnaire.

En août. — Diminution de l'érythrodermie ; la peau est rosée, mais desquame toujours ; le prurit est bien moins marqué. Mais les masses ganglionnaires augmentent de volume ; au cou et aux aisselles, elles atteignent un volume considérable ; aux aines, les masses ganglionnaires offrent le volume d'un poing et entraînent des troubles circulatoires notables. Il existe un œdème des jambes assez prononcé.

L'examen des viscères fait constater un foie volumineux, descendant à deux travers de doigt des fausses côtes. La rate paraît également hypertrophiée ; matité splénique sur 3 ou 4 centimètres.

Ces hypertrophies lymphoïdes ne s'accompagnent pas

d'hyperleucocytose, mais parmi les globules blancs, il existe une proportion notable d'éosinophiles : 7 pour 100.

Il existe actuellement à la face quatre tumeurs grosses comme une noisette, peu tendues, non rénitentes, plus plusieurs petites saillies moins dures et moins marquées.

L'érythrodermie a presque disparu.

La desquamation persiste, mais elle n'est plus généralisée et n'existe que sous forme de plaques disséminées çà et là.

Au pubis, la desquamation est crotelleuse.

Le cuir chevelu n'est pas rouge, mais il est le siège d'une desquamation abondante. Les cheveux sont un peu clairsemés, mais pas d'alopecie.

Le 3 août, une des masses ganglionnaires, tendue à l'excès, s'est ouverte; il s'écoule un pus peu crémeux, clair, avec quelques grumeaux.

Le 6 août, on pratique une biopsie, pour obtenir un second examen anatomo-pathologique. On excise une tumeur frontale non ulcérée, un lambeau de peau et un fragment de la masse ganglionnaire de la cuisse. Cette tumeur pseudo-fluctuante était très vasculaire, saignait énormément, était superficielle et non adhérente à la peau.

L'œdème n'est plus seulement localisé aux jambes, il est généralisé : la peau de l'abdomen se laisse déprimer en godet. Pas d'albumine dans les urines. Rien au cœur.

A partir du 7 août, l'état de la malade s'aggrave.

Les plaies biopsiques donnent une sérosité extrêmement abondante. La température s'élève à 39°,5 le soir.

Faiblesse extrême, lucidité parfaite.

Le 9 août, la faiblesse est encore plus accentuée, la température atteint 40°,5, la respiration est un peu accélérée; délire nocturne, auquel fait suite une somnolence continue, avec obnubilation.

Le 10 août, mort dans le coma.

Autopsie. — Poumons sains, un peu de congestion aux bases.

Péricarde sain.

Cœur petit, de poids normal; pas d'altérations valvulaires.

Abdomen : Ascite abondante, 2 litres 1/2 de liquide.

Péritoine sain, aucune lésion apparente des viscères abdominaux.

Foie : pèse 1 kil. 700, ne présente rien d'anormal à la coupe.

Rate : pèse 150 grammes, paraît saine.

Reins : Ne présentent rien d'anormal.

Les masses ganglionnaires de la cuisse ne présentent aucun prolongement intra-abdominal; leur volume est énorme, elles compriment les veines fémorales, mais ne leur sont nullement adhérentes.

Mêmes caractères pour les masses cervicales.

La réponse du laboratoire d'anatomie pathologique pour la dernière biopsie, est la suivante :

« Dans une nappe de tissu ayant la constitution du tissu de granulations ou de bourgeon charnu, nappe de cellules rondes, sans réticulum adénoïde, on voit apparaître des nids d'éléments cellulaires volumineux, à protoplasma abondant, granuleux, munis de un ou deux noyaux.

« Pas de cellules géantes tuberculeuses typiques.

« En l'état, peut-être peut-on écarter la tuberculose. On peut aussi écarter le lymphosarcome, parce qu'il n'y a pas de réticulum adénoïde.

« En somme, la production paraît de nature inflammatoire; elle n'est fort probablement pas tuberculeuse, mais comme il n'y a pas de caractères histologiques spécifiques du mycosis fongoïde, nous ne pouvons dire si cela en est vraiment. »

Remarques. — Si nous résumons dans ses grandes lignes l'ensemble de cette observation, nous nous trouvons en présence d'une affection qui a débuté spontanément, sans cause apparente, par des taches rouges,

érythémateuses, accompagnées d'un prurit violent. Ces taches se sont étendues progressivement et ont fini par constituer un érythème généralisé, desquamant et très prurigineux. Puis, l'affection a évolué lentement pendant un an et demi, conservant toujours ses mêmes caractères érythrodermiques. Au bout de ce temps, un nouveau symptôme s'est constitué, à savoir l'apparition, sur la face, de nodosités dures, pâteuses, incluses dans l'épaisseur de la peau. L'érythrodermie n'en persiste pas moins. Enfin, des adénopathies multiples et volumineuses viennent compléter l'ensemble symptomatique. Alors, l'érythrodermie persiste encore quelque temps, puis finit par disparaître.

Quant aux tumeurs faciales, elles continuent à évoluer, soit vers la résolution, soit vers l'ulcération, jusqu'à ce que la malade, après trois ans de maladie, amaigrie, anémiée, d'une faiblesse extrême, succombe dans une sorte de cachexie.

Or, cette description répond d'une façon indubitable à la symptomatologie du mycosis fongoïde.

Le mycosis fongoïde est, en effet, considéré aujourd'hui comme une affection diffuse de la peau, qui se révèle tantôt par une érythrodermie universelle, tantôt par des manifestations circonscrites épidermo-dermiques d'abord superficielles, plus tard profondes et épaisses, plus tard largement végétantes et néoplasiques, maladie d'évolution extrêmement irrégulière et de la plus haute gravité, presque toujours, sinon toujours mortelle.

Mais ici nous croyons avoir affaire à une forme

spéciale, dite forme érythrodermique, décrite par Hallopeau et Besnier, et devenue classique depuis, si bien qu'on divise actuellement les formes du mycosis en deux groupes : forme circonscrite et forme érythrodermique.

Nous n'insisterons pas sur la différenciation de ces deux formes, car ce serait vouloir faire une description complète du mycosis fongoïde ; nous dirons seulement que, dans la forme circonscrite, il n'existe pas d'érythrodermie persistante, comme dans la forme érythrodermique. Il peut exister à la période initiale des lésions érythémateuses, eczématiformes et même de véritables érythrodermies prémycosiques, mais ces lésions ne sont qu'éphémères et cessent bientôt pour faire place aux tumeurs mycosiques et aux hypertrophies ganglionnaires.

Dans notre observation, au contraire, autrement dit dans la forme érythrodermique, les lésions érythrodermiques persistantes, généralisées, accompagnées d'un prurit violent et suivies à plus ou moins longue échéance d'adénopathies considérables et de tumeurs agminées constituent un ensemble symptomatique suffisamment caractéristique pour justifier sa classification à part.

Si donc nous avons publié ici cette observation de mycosis fongoïde, forme érythrodermique, c'est qu'elle nous paraît répondre à cette variété d'érythrodermies exfoliantes établie par Brocq dans sa classification, à savoir les érythrodermies exfoliantes généralisées que l'on observe parfois dans le mycosis fongoïde et qui constituent la seconde variété du premier groupe.

CHAPITRE III

DÉDUCTIONS CLINIQUES

Si nous jetons maintenant un coup d'œil d'ensemble sur ces quatre cas d'érythrodermies exfoliantes généralisées, et si nous cherchons à analyser les symptômes cliniques observés dans chacune de ces observations nous trouvons d'abord un certain nombre de symptômes objectifs qui leur sont communs, et qui ne diffèrent dans tel ou tel cas, que par une plus ou moins grande intensité et une durée plus ou moins longue.

Parmi ces symptômes objectifs communs aux différentes formes d'érythrodermies exfoliantes généralisées, nous noterons surtout :

La rougeur intense et généralisée du derme.

L'infiltration du derme.

L'exfoliation généralisée de l'épiderme.

L'alopécie et les altérations unguéales.

Si nous examinons d'autre part les symptômes sub-

jectifs présentés par nos malades, nous retrouvons encore la même identité. Frissons, sensibilité au froid, prurit sont des phénomènes constants dans chacun de nos cas.

Enfin l'examen du sang et l'analyse des urines nous révèlent des lésions sanguines, et des modifications des urines, analogues dans toutes nos érythrodermies.

Examinons donc, successivement, chacun de ces symptômes, avec leurs caractères différentiels, et voyons quelle valeur peut leur être accordée.

1° SYMPTOMES OBJECTIFS

Ce qui caractérise, avant tout, le syndrome érythrodermie exfoliante généralisée, c'est, nous l'avons dit : d'une part, la rougeur intense et généralisée du derme, d'autre part, l'exfoliation abondante et également généralisée de l'épiderme.

Et d'abord, la *rougeur*. Comme nous avons pu le voir, au cours de nos observations, la rougeur bien que généralisée offre des teintes variables suivant la période de la maladie, et surtout suivant les régions envisagées. Ces teintes peuvent varier du rouge vif au rouge sombre. La rougeur a généralement à la face une teinte plus claire que sur les autres régions du corps ; le thorax, la face externe des membres sont ordinairement d'un rouge uniforme assez vif ; le dos, l'abdomen, les parties génitales, la face interne des

membres et surtout la partie interne et supérieure des cuisses sont d'un rouge sombre; quant à la paume des mains et à la plante des pieds, elles ne présentent bien nettement de la rougeur qu'après la desquamation, ce qui tient évidemment à l'épaisseur de leur piderme. Enfin la rougeur s'accroît encore plus aux parties déclives et prend une teinte cyanique quand les malades se tiennent debout.

Cette rougeur diminue par la pression du doigt, sans toutefois disparaître complètement, mais en laissant une teinte jaune plus ou moins marquée, ce qui prouve bien qu'il n'y a pas seulement de l'hyperhémie comme dans une vulgaire érythème, mais aussi de l'infiltration du derme. D'ordinaire la peau reste toujours sèche et s'il se produit parfois du suintement, c'est surtout au niveau des plis, aux endroits où se sont produites des fissures, ou bien consécutivement à des lésions de grattage.

Nous ne nous attarderons pas à chercher des distinctions subtiles entre la rougeur de telle ou telle variété d'érythrodermie, et celle de telle ou telle autre; il nous suffit de savoir que cette rougeur est généralisée dans tous les cas. Nous dirons seulement qu'elle s'atténue et finit par disparaître quand la maladie évolue vers la guérison (comme dans nos observations I et III) laissant parfois après elle une pigmentation plus ou moins foncée; et qu'elle peut au contraire persister indéfiniment si l'affection a une tendance à devenir chronique (observation II).

La desquamation est le second grand caractère des

érythrodermies exfoliantes, mais elle n'a de commun dans chacune des variétés de ce groupe, que sa généralisation.

Il existe, en effet, au point de vue objectif, de grandes différences entre la desquamation d'une dermatite exfoliative proprement dite, par exemple, et celle d'une érythrodermie secondaire, d'un pemphigus foliacé, d'un pityriasis rubra ou même d'un érythème scarlatiniforme.

Nous décrirons, avec quelques détails, la desquamation de l'érythrodermie exfoliante proprement dite, qui nous servira de type comparatif.

Dans cette forme-là, les squames sont fines, blanches, nacrées, transparentes, adhérentes par leur bord supérieur, flottantes dans tout le reste de leur étendue et recroquevillées à leur bord inférieur.

De plus leur disposition présente ceci de très curieux, savoir que leurs lignes d'insertion sont approximativement parallèles, ce qui fait qu'elles peuvent être imbriquées si elles sont suffisamment rapprochées les unes des autres. Tel est le type de la desquamation que l'on peut considérer comme caractéristique de la dermatite exfoliative généralisée et qui est surtout net à la face externe des membres.

(Voir planche, page 32) qui donne une idée assez exacte de la forme et de la disposition des squames dans ce cas-là).

Ajoutons, d'autre part, que l'aspect des squames est naturellement variable suivant qu'on les considère aux périodes de début, d'état ou de déclin de la maladie; dans ce dernier cas, la desquamation diminue

peu à peu d'abondance, les écailles deviennent de plus en plus petites, furfuracées, jusqu'à ce qu'elles disparaissent complètement.

De plus, de même que la rougeur, les squames diffèrent aussi suivant les régions où elles se produisent. Au cuir chevelu, elles sont presque toujours petites et pityriasiques ; sur le front, la face, la partie antérieure de la poitrine, elles sont d'ordinaire un peu moins larges que sur le reste du corps.

Si en regard de cette desquamation type, telle que nous l'avons rencontrée dans notre observation II, nous mettons la desquamation du pemphigus foliacé par exemple, nous voyons qu'il existe entre les deux des différences notables. Dans ce dernier cas, les squames n'ont plus cet aspect lamelleux, imbriqué et symétrique, elles sont au contraire humides, molles, ternes, irrégulières. Il en est de même dans l'érythrodermie secondaire accidentelle (obs. III) où la desquamation offre un aspect beaucoup plus irrégulier et plus polymorphe.

Enfin le pityriasis rubra et l'érythème scarlatiniforme eux-mêmes, bien qu'appartenant au même groupe que la dermatite exfoliatrice proprement dite (deuxième groupe de la classification de Brocq) présentent une desquamation bien différente. Dans le pityriasis rubra, les squames, au lieu d'être lamelleuses, larges, imbriquées, d'une abondance excessive, sont au contraire minces, fines, pityriasiques, légèrement farineuses.

Enfin dans l'érythème scarlatiniforme la desquamation offre un aspect tout autre et également caracté-

ristique : au cuir chevelu et à la face. les squames sont fines, furfuracées, abondantes, adhérentes. Au cou, elles prennent de plus grandes dimensions ; sur le tronc, elles sont fines, inégales, larges, recroquevillées, à leur bord libre, d'un blanc mat ; même aspect sur les cuisses. Sur l'abdomen et dans le dos les squames sont petites, fines, écailleuses.

Enfin, à la face dorsale des mains, il existe une véritable accumulation de squames transparentes, épaisses, résistantes, collées à la peau et qui ne se détachent qu'à la longue. A la face palmaire de même qu'à la plante des pieds, il existe une véritable hyperkératose qui rend à ce niveau les téguments rigides, jusqu'à ce que l'épiderme se détache en vastes lambeaux.

On voit donc, par là, que la desquamation, tout en étant un phénomène commun, à toutes les érythrodermies et caractéristique par sa généralisation, n'en offre pas moins des différences objectives notables dans chaque variété, qui peuvent guider singulièrement pour la classification d'un cas pris en particulier, tout en tenant compte cependant des anomalies qui peuvent se produire et qui sont loin d'être rares.

Un troisième caractère que nous avons retrouvé dans tous nos cas est constitué par *l'infiltration et l'épaississement du derme*.

Cet épaississement peut ne pas être constant et n'exister parfois qu'en certains points du corps, mais surtout il est variable suivant les périodes de la maladie ; considérable à la période d'état, il diminue à la période de déclin (obs. I et III), en même temps que la

rougeur et la desquamation ; si au contraire la maladie tend à devenir chronique, l'infiltration du derme persiste (obs. II).

Dans le pityriasis rubra, l'infiltration du derme suit en général une marche différente : peu ou pas marquée à la période de début et à la période d'état, elle ne se produit qu'à la longue ; la peau s'épaissit alors progressivement, prend une consistance lardacée, perd sa mobilité sur les plans sous-jacents, et finit par subir un processus de rétraction et d'atrophie qui la rend apparemment trop étroite pour le corps et gêne les mouvements, et dont la persistance finit, à la longue, par entraîner la mort.

Enfin les *lésions des phanères* se retrouvent également dans toute érythrodermie exfoliante généralisée, et cela n'a rien d'étonnant, puisque poils et ongles, ne sont que des dépendances de l'épiderme, lequel comme nous l'avons vu est profondément atteint.

Cependant, ces lésions de phanères offrent des degrés très variables suivant les cas.

C'est ainsi que l'alopécie est constante dans la dermatite exfoliative généralisée : d'abord fort avancée à la période d'état, elle finit bientôt par devenir totale et intéresse alors non seulement les cheveux, mais encore tous les autres poils du corps, cils, sourcils, poils du pubis et des aisselles.

Par contre, dans les autres variétés d'érythrodermie, ces lésions peuvent exister, mais la plupart du temps à un degré moindre : c'est ainsi que dans nos érythrodermies secondaires (obs. III, IV) l'alopécie était bien

moins prononcée, les cheveux quoique raréfiés subsistaient encore en quantité assez considérable ; les autres poils du corps semblaient plus atteints, cils, sourcils, poils du pubis avaient en partie disparu.

Quant aux ongles, ils sont également altérés dans tous les cas, mais ces altérations varient énormément suivant l'intensité du processus morbide et aussi suivant les individus.

Ainsi dans les quatre cas que nous avons observés, nous n'avons pas assisté, jusqu'à présent du moins, à la chute des ongles. Dans un cas, ils étaient simplement rugueux, décolorés et épaissis, dans un autre, ils présentaient des rainures transversales avec quelques stries longitudinales, dans un autre enfin, ils semblaient hypertrophiés et hyperkératosés en certains points, surtout à leur extrémité antérieure.

Quoiqu'il en soit, ces altérations, bien qu'atténuées n'en démontrent pas moins des lésions unguéales certaines.

Ce qu'il suffit de savoir, c'est que ces troubles trophiques unguéaux sont éminemment variables : dans certains cas la chute des ongles peut être rapide et totale ; dans d'autres, elle peut n'avoir lieu qu'à la longue après une série d'altérations préalables que nous ne nous attarderons pas à décrire ; dans d'autres, enfin, il peut n'exister pendant tout le temps que des altérations légères et même parfois localisées à certains ongles seulement, telles que : épaississement, sécheresse, décoloration, striations longitudinales, rainures transversales, etc., altérations qui peuvent à la longue entraîner la chute de l'ongle, mais pas toujours cependant.

Quelle est la cause et la pathogénie de tous ces symptômes objectifs que nous venons de passer en revue? nous n'avons pas à traiter ici cette question de pathologie générale, ce serait du reste empiéter inutilement sur notre chapitre suivant où nous traiterons la pathogénie de l'étiologie des érythrodermies exfoliantes en général.

2^e SYMPTOMES SUBJECTIFS

Passons maintenant aux *sensations subjectives* éprouvées par les malades atteints d'érythrodermies exfoliantes généralisées.

Les sensations les plus pénibles qu'éprouvent ces malades, sont des frissons et des démangeaisons.

Les quatre malades dont nous avons cité l'observation, étaient tous très *sensibles au froid* et grelottaient pour ainsi dire, dès qu'ils étaient exposés à l'air; de plus ils éprouvaient souvent même à la chaleur, des frissons erratiques. Ces sensations, comme on le sait, sont de règle dans toutes les éruptions généralisées rouges et à desquamation abondante, mais il nous a paru qu'elles étaient encore plus particulièrement marquées dans les cas d'érythrodermies exfoliantes généralisées.

De plus tous nos malades éprouvaient des *démangeaisons* intenses, parfois tellement violentes, qu'il leur était impossible de reposer. Ces démangeaisons sont particulièrement vives à la période d'état de la maladie, mais peuvent persister parfois assez long-

temps pendant la période de déclin (obs. I); et à plus forte raison quand la maladie prend une allure chronique. C'est ainsi que chez notre malade de l'observation II, les démangeaisons subsistent aussi intenses alors que la desquamation a déjà cessé depuis quelque temps.

Ajoutons que ces démangeaisons sont parfois tellement intenses et tenaces, qu'elles peuvent entraîner à la longue, des lésions de grattage, véritable complication de la maladie.

Assurément ces sensations que nous venons d'énumérer ne sont pas absolument particulières aux érythrodermies et se rencontrent dans nombre de dermatoses et surtout dans les dermatoses généralisées, mais elles offrent ici une constance et une intensité dignes d'être signalées.

3^e PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX

Nous n'avons pas observé, dans nos différents cas, de *phénomènes généraux* notables. Il faut cependant savoir qu'il peut en exister, parfois même très prononcés, à toutes les périodes de la maladie: fièvre, amaigrissement, affaiblissement, troubles digestifs peuvent souvent occuper une place importante dans le cortège symptomatique des érythrodermies exfoliantes généralisées. De même dans le pityriasis rubra, la coexistence de lésions pulmonaires tuberculeuses peut être considérée à juste titre comme un phénomène caractéristique.

Disons cependant que dans nos deux cas de mycosis fongoïde, ces symptômes généraux ont existé d'une façon notable: l'affaiblissement était très marqué et l'amaigrissement était extrême.

4° COMPLICATIONS

Nous ferons les mêmes remarques pour les *complications* qui peuvent se produire au cours de la maladie. Nous n'en n'avons observé que dans un seul de nos cas (obs. III) où le malade prit à la période de déclin de sa maladie, une série de furoncles et d'abcès siégeant à la nuque, au cou, au cuir chevelu, aux aisselles, aux cuisses. Ces furoncles, abcès et anthrax se montrent en effet très souvent à la fin de l'éruption.

Le grattage est souvent aussi la cause de complications, telles que suintement, eczématisation, impetiginisation qui viennent se surajouter à l'érythème.

Enfin des complications multiples peuvent se montrer de côté des oreilles (surdité), des yeux (amaurose, iritis etc.), des membres (paralysies), du cerveau (obnubilation, hébétude), du cœur etc. suivant l'intensité du processus morbide et suivant aussi les prédispositions individuelles.

5° ANALYSE DES URINES — EXAMEN HÉMATOLOGIQUE

Enfin si nous passons à *l'examen du sang* et à *l'analyse des urines*, qui ont été pratiqués dans chacun de nos cas, nous remarquons qu'il existe partout de l'eosinophilie et de l'hypoazoturie. Nous n'avons

pas à discuter ici la valeur pathogénique de ces deux symptômes, nous le ferons dans un chapitre ultérieur; nous nous bornerons à relater ici les constatations que nous avons faites.

Leredde et Dominici ayant déjà signalé des lésions sanguines et en particulier de l'éosinophilie dans un cas d'érythème scarlatiniforme récidivant, nous avons recherché dans toutes nos érythrodermies, si ces lésions sanguines existaient. Or dans toutes nos observations, nous avons noté une éosinophilie assez marquée : sur 100 globules blancs on trouve ordinairement un chiffre de polynucléaires à peu près normal, mais le nombre des cellules mononucléaires est abaissé aux dépens des éosinophiles. C'est ainsi que dans tous nos cas, le nombre des éosinophiles dans le sang oscillait entre 7 et 18 pour 100, bien plus considérable par conséquent que dans le sang normal.

Quant aux urines elles renfermaient, dans toutes nos analyses, un taux d'urée bien inférieur au chiffre normal, il semble donc nettement que l'hypoazoturie soit un phénomène constant dans toutes les érythrodermies.

(Le taux de l'urée au lieu de s'élever à 20 pour 1000 comme normalement oscillait entre 10 et 14 pour 1000)

6°. Nous nous sommes efforcé, comme on a pu le voir, de rattacher chacune de nos observations à l'une des catégories établies par Brocq dans le groupe des érythrodermies exfoliantes. Loin de nous par conséquent la pensée de critiquer cette *classification* qui

paraît actuellement universellement admise et dont nous nous sommes servis nous-mêmes avec le plus grand profit. Cependant il nous semble qu'en somme, les érythrodermies secondaires mises à part, le groupe des érythrodermies exfoliantes primitives peut se ramener à deux grands types : la dermatite exfoliatrice d'une part, et le pityriasis rubra d'autre part. C'est autour de ces deux formes principales pouvant elles mêmes affecter des modalités diverses que rayonnent toutes les autres variétés, qui ne sont à tout prendre que des formes atténuées ou des formes intermédiaires des deux types principaux. C'est du reste l'opinion de Brocq lui-même, si l'on tient compte des restrictions qu'il a faites à propos de sa classification ; mais il n'en n'est pas moins vrai que cette classification, bien qu'artificielle, est d'une grande utilité pour cataloguer les différentes formes cliniques qui peuvent se rencontrer.

CHAPITRE IV

Considérations générales sur les érythro- dermies exfoliantes généralisées

Leur diagnostic, leur pronostic, leur étiologie,
leur pathogénie

1° DIAGNOSTIC

Nous ne nous attarderons pas à différencier ici les érythrodermies exfoliantes généralisées, des diverses affections qui peuvent affecter quelques ressemblances avec elles, telles que : scarlatine, érythème simple, ichtyose, eczéma rubrum, psoriasis scarlatiniforme. Ce diagnostic n'est vraiment à faire qu'au début de la maladie et se fait de lui-même au bout de quelques jours d'évolution.

Nous nous attacherons surtout à établir le diagnostic des différentes variétés d'érythrodermies exfoliantes généralisées entre elles. Ce diagnostic est souvent fort difficile à faire, quand on n'a pas assisté à toute l'évo-

lution de la maladie, et qu'on se trouve pour la première fois en présence d'une dermatite exfoliatrice généralisée au début, ou même à la période d'état.

Comment distinguer, par exemple, la *dermatite exfoliative généralisée* au début de l'*érythème scarlatiniforme* ?

Ces deux variétés sont tellement voisines l'une de l'autre, qu'il est, à vrai dire, impossible de les différencier d'une façon absolue, d'autant plus qu'entre les faits les plus bénins, les plus rapides d'évolution de l'érythème scarlatiniforme desquamatif et les formes chroniques de la dermatite exfoliative généralisée, il peut exister toute une série de faits de passage, établissant des transitions insensibles entre les divers types créés.

D'ailleurs, si l'on admet avec Brocq que l'érythème scarlatiniforme ne représente en réalité que la forme aiguë de la dermatite exfoliative généralisée, il nous est facile d'en conclure que la distinction entre ces deux dermatoses est des plus subtile et qu'elle ne peut se faire que par l'évolution.

Cependant indépendamment des caractères évolutifs, qui d'ailleurs n'ont de valeur réelle qu'autant qu'on peut suivre le malade un certain temps, il est un certain nombre de caractères qui bien observés peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Ces caractères ont trait au mode de desquamation, au mode de début et à l'évolution de la maladie : un début très brusque, une desquamation précoce et une diminution rapide de tous les symptômes, sont le plus ordinairement en faveur de l'érythème scarlatiniforme.

Quant au pityriasis rubra vrai, grave de Hébra, il diffère de la dermatite exfoliative généralisée et de l'érythème scarlatiniforme, d'abord en ce qu'il débute plus lentement, sans aucun autre symptôme qu'une rougeur intense et généralisée du derme, sans infiltration; ensuite par sa desquamation furfuracée, formée d'écailles beaucoup plus petites, plus fines et moins abondantes que dans la dermatite exfoliative. De plus les démangeaisons sont faibles et l'éruption est toujours sèche.

Enfin la marche du pityriasis rubra vrai est essentiellement chronique, dure des années et aboutit finalement à une période de cachexie où il y a de l'infiltration et surtout de la rétraction de la peau, rétraction qui finit par amener une sorte d'atrophie cutanée jusqu'à ce que le malade tombe dans le marasme et succombe à une complication, surtout à la tuberculose.

Il est également très difficile parfois de distinguer une dermatite exfoliatrice généralisée, des *érythrodermies secondaires* et en particulier des *herpétides exfoliatrices*, car outre les dermatites exfoliatrices généralisées primitives vraies, qui surviennent chez des sujets indemnes de toute autre affection cutanée préexistante, il peut exister des dermatites exfoliatrices, également vraies mais secondaires, se développant dans le cours d'autres dermatoses et qui alors sont difficilement séparables des herpétides exfoliatrices. Cependant l'allure générale de la maladie semble quelque peu différente dans les deux cas. Les herpétides exfoliatrices ne s'installent, en effet, que

peu à peu, lentement, chez des sujets affaiblis, ayant de la tendance à la cachexie, atteints de dermatoses particulièrement rebelles et à marche envahissante, tandis que les dermatites exfoliatrices généralisées vraies secondaires éclatent comme une véritable complication subite de la dermatose préexistante, ou même comme une véritable transformation de cette dermatose. Quant aux *érythrodermies secondaires dites accidentelles*, et aux formes érythrodermiques de *mycosis fongoïde*, elles sont ordinairement suffisamment caractérisées, les premières par l'accident causal initial, les secondes par l'évolution de la maladie qui s'accompagne à la longue de tumeurs mycosiques et d'hypertrophies ganglionnaires, pour que nous n'insistions pas sur un diagnostic qui n'offre de difficultés vraies qu'à la période de début, quand il s'agit d'érythrodermie prémycosique.

Dans ce dernier cas alors le diagnostic est souvent fort difficile et repose sur certains caractères objectifs, se rapportant à la rougeur, à la desquamation, et à l'infiltration.

Enfin le *pemphigus foliacé* offre souvent un diagnostic difficile à faire, quand la période bulleuse est terminée et qu'on se trouve en présence d'une érythrodermie exfoliante.

Qu'il nous soit permis de rappeler, à ce sujet, un cas de pemphigus foliacé vrai, que nous avons eu l'occasion d'observer récemment à la Clinique de M. le Professeur Gailleton, simultanément avec les diverses variétés d'érythrodermies exfoliantes généralisées que nous avons signalées.

Nous n'avons pas cru devoir donner le détail de de cette observation, car nous avons voulu limiter aussi étroitement que possible notre sujet aux érythrodermies exfoliantes proprement dites, primitives ou secondaires.

Cependant, et ne fût-ce que pour montrer les difficultés, parfois grandes, du diagnostic entre les érythrodermies exfoliantes généralisées vraies et le pemphigus foliacé à sa période d'état, nous nous permettrons de signaler, en quelques mots, l'aspect général que présentait notre malade.

Il s'agissait, en l'espèce, d'une malade âgée de 49 ans, chez laquelle on ne relevait aucun antécédent héréditaire ou personnel digne de fixer l'attention.

L'affection actuelle aurait débuté il y a 22 mois environ.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes qui ont marqué le début : ils rappellent de tous points le mode de début habituel du pemphigus foliacé vrai, à savoir, des bulles le plus souvent incomplètement remplies, flasques et comme avortées. Chaque bulle durait 24 à 48 heures, puis s'ouvrait ; la bulle disparue, l'épiderme ne se reformait plus à son niveau : il restait une surface rouge qui se recouvrait rapidement de squames.

Peu à peu et par poussées bulleuses successives s'est constitué l'aspect actuel que présente la malade.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est la rougeur généralisée des téguments et surtout la desquamation abondante dont il est le siège.

Les squames sont de forme irrégulière, le plus souvent arrondies, adhérentes par leur partie centrale ; elles sont épaisses, molles, grasses comme savonneuses.

Au-dessous d'elles, l'épiderme apparaît rouge, aminci, légèrement grenu et humide.

Les squames sont extrêmement abondantes généralisées ; elles se détachent et se reproduisent avec une grande intensité ; par un simple froissement de l'épiderme, on exfolie la couche cornée ; au-dessous d'elles l'épiderme apparaît avec l'aspect succulent déjà signalé.

Nous n'insistons pas sur les autres symptômes présentés par notre malade ; ils offrent peu d'intérêt au point de vue spécial qui nous occupe. Nous n'avons pas observé de lésions muqueuses. Les cheveux sont pour la plupart tombés ; il existe des altérations des ongles qui consistent surtout en épaissement au niveau du bord libre.

Pas de troubles subjectifs importants, sauf la sensibilité au froid qui est un signe commun à toutes les érythrodermies exfoliantes.

L'état général est satisfaisant ; il y a un amaigrissement notable, l'appétit est conservé ; pas de lésions des différents viscères.

L'analyse des urines, pratiquée plusieurs fois, a donné constamment les résultats suivants ; légère oligurie, albuminurie, hypoazoturie (10 grammes d'urée environ par litre).

L'examen du sang a montré une diminution légère des globules rouges, et une éosinophilie de 15 à 20 pour 100. En résumé : Erythrodermie généralisée, desquamation incessante également généralisée, lésions des phanères, longue durée de l'affection, avec conservation d'un bon état général, déviation du chimisme urinaire, lésions sanguines, tels sont les traits essentiels du tableau symptomatique présenté par notre malade.

Ce sont là, on le voit, les caractères mêmes de toute érythrodermie exfoliante à la période d'état. Comment dès lors établir le diagnostic de la nature de l'affection ?

Si l'on n'a pas assisté au début, si, comme cela se

rencontre fréquemment, les commémoratifs sont vagues et incertains, on conçoit que le diagnostic soit hésitant.

Cependant, même en l'absence de tout renseignement précis sur l'évolution, il est possible, par un examen attentif des signes objectifs, de préjuger et souvent même d'affirmer que l'érythrodermie exfoliante présentée par un malade est symptomatique d'un pemphigus foliacé. Il en était ainsi dans le cas que nous avons rapidement analysé.

Les signes différentiels reposent d'une part sur l'aspect objectif des squames, d'autre part sur les caractères de l'érythrodermie. Dans le pemphigus foliacé, les squames ont une apparence spéciale; elles sont de forme irrégulière, le plus souvent arrondies, adhérentes par leur partie centrale, elles ne sont pas sèches, mais au contraire grasses, comme savonneuses et d'une teinte jaunâtre.

Un caractère important, permettrait à lui seul, suivant certains auteurs, d'affirmer le diagnostic, c'est la non adhérence de la couche cornée. Ce signe, actuellement connu sous le nom de signe Nikolsky, existait dans l'observation de pemphigus foliacé que nous avons citée : le simple froissement de l'épiderme dans les points où celui-ci paraissait intact détachait facilement la couche cornée qui s'exfoliait alors comme les parties voisines. Nous ne pouvons dire si le signe de Nikolsky a une importance diagnostique aussi exclusive que le croit son auteur, sa constance dans le pemphigus foliacé vrai est sans aucun doute une preuve certaine de sa valeur dans la plupart des cas.

Les caractères de la desquamation dans chacun des types d'érythrodermies exfoliantes généralisées que nous avons étudiés, opposés à ceux que nous avons observé dans notre cas de pemphigus foliacé, justifient, nous le croyons, l'importance de cet élément de diagnostic.

Un second élément de présomption est en général fourni par l'aspect de l'érythrodermie. Dans le pemphigus foliacé comme dans les érythrodermies exfoliantes vraies, la rougeur des téguments est le plus souvent généralisée avec des différences d'intensité suivant les régions considérées.

Mais tandis que dans les érythrodermies exfoliantes vraies, primitives ou secondaires, la rougeur des téguments est le plus souvent sèche et lisse, dans le pemphigus foliacé, au contraire, sous les squames, l'épiderme apparaît humide, suintant même; de plus en certains points, parfois même dans toutes les régions l'épiderme n'est pas lisse; il est grenu, présente de petites élevures analogues à celles qui, sur la peau saine exposée au froid, constituent la chair de poule. Cet état grenu constitue le premier degré de la papillomatose, signalée par Quinquaud qui a montré sa fréquence dans le pemphigus foliacé.

En résumé, aspect humide, grasseyé et jaunâtre des squames, adhérence de ces squames, non par leurs bords mais par leur partie centrale; non adhérence de la couche cornée aux plans sous jacents d'une part, et d'autre part rougeur humide, aspect grenu légèrement papillomateux de l'épiderme sous les squames, tels sont les caractères qui en dehors de tout commé-

moratif peuvent et doivent mettre sur la voie du diagnostic du pemphigus foliacé.

Il est enfin une forme de pityriasis rare, mais qui nanmoins mérite d'être signalée, à savoir le *pityriasis nigra*.

Nous en avons trouvé un exemple typique dans la thèse d'Aillaud (Lyon 1876). Cette affection se rapproche complètement du pityriasis rubra généralisé et n'en diffère que par la teinte de la peau, qui au lieu d'être rouge, a une teinte bistre uniformément répartie sur tout le tégument, sans intervalles de peau saine. Quant à la desquamation elle se fait comme dans le pityriasis rubra en lamelles grises, de petites dimensions, sèches et friables.

La coloration noire de la peau peut être primitive et n'avoir pas été précédée de rougeur; mais dans certains cas l'affection peut débiter par de la rougeur généralisée, qui se transforme secondairement en une pigmentation brunâtre; c'est alors un pityriasis rubra dégénérant en pityriasis nigra.

Nous avons retrouvé dans les albums de l'Antiquaille un dessin représentant un pityriasis nigra, observé en 1860 chez un homme d'un âge déjà avancé; la coloration de la peau est d'un bistre violacé et cette teinte occupe l'universalité du tégument. La peau est recouverte de squames minces pelure d'oignon, qui se détachent en grande quantité.

2^o PRONOSTIC

L'érythrodermie exfoliante généralisée est toujours une maladie sérieuse et qui ne laisse pas que d'inquiéter, la plupart du temps, malades et médecins, par la généralisation de la rougeur et de la desquamation, sa longue durée et parfois aussi la présence de phénomènes généraux ou de complications graves.

Néanmoins, le pronostic est loin d'être toujours fatal, mais comme il est essentiellement variable suivant les variétés d'érythrodermies auxquelles on a affaire et aussi suivant les différentes formes d'une même affection, nous ne saurions mieux faire que d'indiquer rapidement la marche, la durée et les terminaisons possibles de ces différentes variétés.

Pour ce qui concerne d'abord l'*érythème scarlatiniforme* le pronostic est en général éminemment bénin : Dans les formes aiguës bénignes de E. Besnier, la desquamation reste intense pendant environ une semaine, puis elle devient de plus en plus fine, pityriasique et cesse enfin après une durée variable d'une semaine à un mois.

Mais il existe également des formes prolongées (subaiguës de E. Besnier), qui peuvent durer beaucoup plus longtemps et présenter une évolution tout à fait voisine de celle de la dermatite exfoliative généralisée, rougeur et desquamation durent alors beaucoup plus longtemps (Obs. I).

En général, la maladie se termine par la guérison, mais il faut savoir qu'un caractère propre à cette

affection, c'est d'être essentiellement récidivante, aussi malgré sa bénignité, le pronostic devra-t-il toujours être réservé à cause de la possibilité de récidives imprévues. Parfois aussi des complications viscérales graves peuvent venir assombrir le pronostic.

Dans la *dermatite exfoliative généralisée* vraie, le pronostic est variable suivant l'intensité du processus morbide, et la présence ou l'absence de complications sérieuses.

On peut, à ce point de vue, distinguer quatre formes :

a) Une première forme, dite forme subaiguë, comprenant les cas dans lesquels le processus morbide est assez peu grave et n'est pas prolongé par de sérieuses complications : il y a une première poussée qui dure de 9 à 13 semaines environ, et qui peut exister seule mais qui est suivie d'ordinaire de deux ou trois petites reprises peu intenses de l'éruption.

L'affection dure alors trois mois et demi environ et se termine par guérison.

b) une nouvelle forme constituée par les cas où le processus est intense, et l'état général très sérieux, mais où il n'y a ni complications longues, ni rechutes successives nombreuses. La durée est alors de cinq à six mois.

c) une troisième forme comprendrait les cas où le processus a été très violent et prolongé soit par des complications graves, soit par des poussées successives. Il y a alors le plus souvent une première poussée éruptive de plusieurs mois, suivie d'une desquamation furfuracée interminable d'émiettement des

ongles ou de paralysies, de sorte que la maladie peut avoir une durée de dix mois à un an.

d) enfin on pourrait distinguer une quatrième forme fort rare, qui se terminerait par la mort vers le troisième ou quatrième mois, à la suite d'une complication ou d'une aggravation de tous les symptômes.

En somme la durée moyenne des formes subaiguës serait environ de trois à huit mois.

Mais outre ces formes dites subaiguës, il faut savoir qu'il peut exister des formes chroniques d'érythrodermies exfoliatrices, caractérisées par un début fort long, une période d'état également fort longue et une période de déclin qui peut se faire attendre pendant de longues années, à moins que le malade ne soit emporté dans le cours de la maladie par quelque complication.

En résumé, cette affection se termine le plus souvent par la guérison, à plus ou moins longue échéance, mais la mort peut survenir dans un cinquième des cas.

C'est donc en définitive une affection sérieuse de longue durée, qui peut s'accompagner de phénomènes généraux graves, et de sérieuses complications.

Le pronostic du *pityriasis rubra* grave type Hebra est bien plus sombre : la mort est en effet la terminaison habituelle de la maladie et survient après une durée plus ou moins longue, du fait de l'aggravation progressive de la maladie et de la coexistence presque constante de tuberculose pulmonaire.

Il peut exister, il est vrai, des formes bénignes de *pityriasis rubra*, dont le pronostic est alors celui des érythrodermies exfoliatrices chroniques.

Parmi les érythrodermies exfoliantes secondaires,

les *érythrodermies accidentelles* seules ont un pronostic bénin : elles peuvent être éphémères ou prolongées, mais elles se terminent presque toujours par la guérison complète. (Nous en avons un exemple dans notre obs. III).

Quant au *mycosis fongoïde* et aux *herpétides exfoliatives de Bazin* elles offrent un pronostic beaucoup plus grave.

La mort est en effet la terminaison habituelle du mycosis fongoïde (comme dans notre obs. IV).

Les *herpétides exfoliatives malignes de Bazin*, comme leur épithète l'indique, sont également des affections très graves et dont l'évolution est presque toujours, sinon toujours fatale, ce qui est naturel étant donné qu'elle survient chez des sujets très débilités, atteints depuis longtemps de dermatoses rebelles, qui finissent par tomber dans une cachexie progressive et succombent soit à l'épuisement, soit à une complication, le plus souvent gastro-intestinale ou pulmonaire.

Quant au *pemphigus foliacé* dont nous avons cité plus haut un exemple très caractéristique, c'est une affection qui évolue avec la plus grande lenteur, pendant des années, qui se termine exceptionnellement par la guérison, et presque toujours par la mort. Peu à peu le malade s'affaiblit et succombe à l'urémie par hypoazoturie, à l'affaiblissement graduel que déterminent les suintements et la desquamation incessante; il s'éteint donc par auto-intoxication et cachexie, à moins qu'il ne soit enlevé par quelque complication.

3^e ÉTIOLOGIE

L'étiologie des érythrodermies exfoliantes généralisées est la plupart du temps inconnue : si parfois pour les érythrodermies accidentelles secondaires ou pour les érythèmes scarlatiniformes, il est possible de retrouver une cause médicamenteuse occasionnelle, la cause directe n'en reste pas moins inconnue et on est réduit, la plupart du temps, à des hypothèses de prédisposition individuelle et d'intoxication quelconque, qui amènent naturellement à la conclusion de Besnier : « ce qui fait l'éruption, ce n'est donc pas la cause occasionnelle, c'est le sujet lui-même et ses prédispositions du moment. »

Si nous examinons successivement l'étiologie de chacune des variétés d'érythrodermies, voici ce que nous trouvons :

L'érythème scarlatiniforme est rarement spontané et la plupart du temps on relève comme cause occasionnelle l'ingestion d'un médicament, ou certaines applications irritantes, pour lesquels l'individu présente une véritable intolérance. Ce qui domine donc l'étiologie de l'érythème desquamatif c'est bien évidemment la question des éruptions médicamenteuses.

Mais comment expliquer cette action des médicaments ? Plusieurs théories ont été invoquées : les unes l'attribuent à une affinité élective des glandes de la peau pour certaines substances capables de s'éliminer par le tégument ; les autres l'expliquent par une altération spéciale du sang, occasionnée par le médica-

ment et déterminant des troubles vaso-moteurs. Une troisième théorie enfin, qui paraît la plus rationnelle, fait dépendre l'affection cutanée de troubles fonctionnels du système nerveux central consécutifs à l'absorption médicamenteuse.

Quoiqu'il en soit il est certain que la plupart de ces érythèmes médicamenteux sont dûs à des idiosyncrasies, à une condition individuelle particulière, à une intolérance propre pour certains médicaments dont l'emploi provoque l'explosion d'accidents morbides dont la nature, l'intensité, la durée, la forme symptomatique sont essentiellement liées à la condition de l'individu.

Morrow, en 1885, concluait de la sorte : les érythèmes médicamenteux sont des idiosyncrasies, or les idiosyncrasies sont des névroses, donc les éruptions médicamenteuses sont des névroses.

Mais en dehors de ces cas où l'action d'un médicament paraît probable sinon certaine, il existe indubitablement d'autres cas où on ne retrouve aucune origine médicamenteuse. Il s'agit alors très probablement d'une intoxication déterminée soit par une toxine microbienne, soit une toxine d'origine gastro-intestinale, rénale ou autre.

La dermatite exfoliative généralisée est une maladie beaucoup plus rare que la précédente : bien des conditions étiologiques ont été invoquées, le plus souvent sans raisons bien probantes ; nous ne nous arrêterons pas à les énumérer. La prédisposition individuelle est assurément probable, mais il n'en est pas de même de l'âge, du sexe, des saisons : l'affection serait, dit-on,

plus fréquente chez l'homme que chez la femme, se montrerait plus particulièrement à l'âge adulte, de 20 à 50 ans.

On a souvent mis en cause l'action du froid, ce qui vient de ce que la plupart des malades accusent un refroidissement au début de l'affection, mais il suffit de les interroger avec soin pour se convaincre que ce prétendu refroidissement n'est qu'un frisson pathologique qui au lieu d'être la cause de la maladie n'en est que le premier symptôme.

La plupart du temps on ne relève aucune dermatose antérieure, aucun antécédent syphilitique, mais par contre on découvre souvent de l'alcoolisme ou des antécédents arthritiques.

(Dans nos deux observations I et II, l'alcoolisme semble avoir joué un certain rôle comme cause prédisposante).

Quant à la cause essentielle, elle demeure également inconnue et l'on ne peut que se borner à faire des hypothèses comme nous le verrons à propos de la pathogénie de cette affection.

La même incertitude se retrouve pour le pityriasis rubra : pour Fleischmann, il serait le résultat d'une trophonévrose ; pour Auspitz, il serait sous la dépendance de troubles trophiques généraux ; pour Elsberg enfin, ce serait une maladie infectieuse.

De plus, la coexistence ordinaire de la tuberculose pulmonaire met en cause une question fort importante, à savoir : le pityriasis rubra doit-il être considéré comme étant fonction de tuberculose, autrement dit, comme étant une tuberculide ? ou bien la tuberculose

pulmonaire se développe-t-elle secondairement chez des sujets qui sont atteints de cette dermatose ? Question qui, jusqu'à présent, n'a pu être résolue.

Enfin le mycosis fongoïde ne présente également aucune étiologie bien nette : ses causes occasionnelles restent ignorées. Tout ce que l'on sait, c'est que la maladie n'est ni héréditaire, ni contagieuse, qu'elle apparaît de préférence aux environs de 40 ans, et qu'elle se développe lentement chez des sujets en parfait état de santé.

4° PATHOGÉNIE

Il nous reste enfin un dernier point à traiter, à savoir : le mode pathogénique suivant lequel se produisent ces éruptions.

Or, on ne sait absolument rien de précis sur ce sujet et nos recherches analytiques sur le sang et les urines dans ces affections, tout en apportant un certain appui aux hypothèses formulées antérieurement, sont loin de les justifier, et de fournir une explication suffisante de la maladie.

Comme nous l'avons dit plus haut à propos de l'étiologie, les érythrodermies exfoliantes généralisées peuvent se développer dans les circonstances les plus diverses, à la suite de l'ingestion d'un médicament nuisible pour le sujet, comme cela peut avoir lieu pour la majorité des érythèmes scarlatiniformes ; à la suite d'une application externe irritante, ce qui constitue la cause ordinaire des érythrodermies secondaires acci-

dentelles; consécutivement à une infection microbienne et surtout probablement à une auto-intoxication, ce qui expliquerait les cas d'érythrodermies vraiment primitives, dans lesquels on ne relève pas de cause directe appréciable.

Mais au point de vue du mécanisme même suivant lequel se fait l'éruption, on retombe dans le domaine des hypothèses. Il est certainement une notion très importante et qui s'impose d'emblée pour expliquer la pathogénie des érythrodermies exfoliantes, c'est la notion de la *condition individuelle prédisposante et constitutionnelle*, qui paraît être ici un élément de premier ordre. Il y a certainement là une aptitude morbide spéciale, absolument analogue à celle que présentent certains individus qui ne peuvent tolérer certains poisons, certains médicaments, certains aliments, sans avoir à la peau une irritation déterminée. La seule différence qui existe, c'est qu'ici, la réaction est beaucoup plus intense et se manifeste par une éruption généralisée et de longue durée, qui paraît à première vue hors de proportions avec la nature de la cause ; mais ceci s'explique tout naturellement si nous admettons la notion de condition individuelle prédisposante, qui fait que toutes les conditions énumérées plus haut, n'ont d'autre rôle que de provoquer l'explosion d'accidents morbides dont la nature, l'intensité, la durée, la forme symptomatique sont essentiellement liées à la condition de l'individu et non aux causes banales. Celles-ci sont incapables par elles-mêmes de créer de toutes pièces l'érythrodermie ; elles mettent seulement en jeu l'aptitude morbide, provoquent la dé-

termination ou placent l'individu dans l'état de résistance inférieure qui crée l'opportunité pathologique, ou bien elles favorisent, dans les appareils organiques, l'évolution de l'élément pathogène.

La notion de condition individuelle paraît donc dominer avant tout la pathogénie des érythrodermies, comme elle domine du reste celle des érythèmes.

Mais quel est l'acte vital qui préside à la constitution des lésions cutanées de l'érythrodermie exfoliante, autrement dit quel est le *mode pathogénique* de cette affection.

On tend actuellement à admettre généralement que ce mode pathogénique est d'ordre neuro-vasculaire, et on résume dans la dénomination d'angionévrose la conception théorique que l'on se fait du mode de production des érythrodermies.

Cependant certains auteurs s'appuyant sur certaines altérations sanguines, trouvées au cours de leurs analyses, ou sur certaines lésions nerveuses découvertes à l'autopsie, ont essayé de préciser avec ces données le mode pathogénique de la maladie.

C'est ainsi que Leredde et Dominici ont été amenés à faire de l'érythème scarlatiniforme une maladie sanguine, une hémato-dermie, à la suite de la découverte qu'ils firent de lésions sanguines et particulièrement d'éosinophilie dans quelques cas d'érythème scarlatiniforme desquamatif.

Ces lésions sanguines, dominées par l'éosinophilie (10 pour 100), comprenaient, en outre, une légère leucocytose, et une diminution des hématies. Ils en concluaient que ces altérations morphologiques du sang

étaient la cause première des troubles cutanés observés, et témoignaient de l'existence d'intoxications qui agiraient sur les cellules endothéliales des capillaires cutanés pour provoquer ainsi des lésions de la peau.

Cette hypothèse nous a engagé à rechercher systématiquement dans tous nos cas d'érythrodermies exfoliantes si ces lésions sanguines et plus particulièrement l'éosinophilie existaient. Or, comme on a pu le constater dans le compte rendu de nos observations, partout, aussi bien dans les érythrodermies exfoliantes secondaires que dans les dermatites exfoliatives primitives, nous avons trouvé une éosinophilie sanguine notable oscillant entre 10 et 20 pour 100.

Devons-nous en conclure pour cela que les érythrodermies exfoliantes soient forcément des affections essentiellement sanguines et sous la dépendance de l'éosinophilie? Non, assurément, car l'éosinophilie est un phénomène commun à un trop grand nombre d'états morbides et particulièrement à certaines dermatoses bulleuses et érythémateuses (dermatite de Duhring, pemphigus, érythèmes, purpura, urticaire) pour que l'on puisse lui attribuer une valeur spéciale dans le groupe nosologique que nous envisageons ici.

Et, du reste, pour pouvoir attribuer à l'éosinophilie une valeur pathogénique certaine, il faudrait d'abord être fixé sur la signification physio-pathologique des éosinophiles, sur leur rôle et sur leur origine qui sont loin d'être déterminés d'une façon précise.

Comment alors expliquer l'éosinophilie sanguine dans ces dermatoses?

Leredde, comme nous l'avons dit, subordonne

les lésions cutanées aux lésions sanguines : ces dernières étant primordiales et lésions cutanées en dérivant secondairement.

Mais d'autres l'expliquent différemment :

Les uns avec Neusser prétendent que les altérations de la peau déterminent la formation dans le derme, d'éléments éosinophiles qui sont absorbés par le milieu sanguin.

Les autres avec Ehrlich et Lazarus sont d'avis que les altérations cutanées déterminent la formation d'une substance chimiotaxique, qui provoque une réaction de la moelle osseuse, d'où éosinophilie.

C'est également l'avis d'Allan Jamieson pour qui l'accroissement du nombre des cellules éosinophiles serait directement relié à l'irritation nerveuse.

Mais cette irritation nerveuse est sans doute sous la dépendance d'une infection primitive en rapport avec la production exagérée, peut être la non élimination d'une substance formée normalement dans l'organisme, ou même simplement l'entrée dans l'organisme d'un principe toxique venant du dehors.

Les lésions nerveuses existeraient donc pour ainsi dire comme cause de l'éosinophilie, et se développeraient elles-mêmes sous l'influence d'une cause occasionnelle infectieuse, s'ajoutant parfois à diverses causes prédisposantes.

Nous nous rapprochons de la sorte de la théorie angionévrotique et nous retombons naturellement dans les deux propositions qui dominent toute la pathogénie des érythrodermies, à savoir : intoxication venant du dehors ou auto-intoxication d'une

part, et prédisposition individuelle, d'autre part.

Quant au rôle que joueraient dans cette affection les éosinophiles il semble ressortir naturellement du rôle que leur a attribué récemment Audibert (de Marseille) : pour lui, ces éléments serviraient à combattre les poisons du sang et des tissus, et, d'une façon générale à neutraliser dans l'économie les substances nuisibles au bon fonctionnement des organes.

A cette altération sanguine, relevant secondairement d'une irritation nerveuse sous la dépendance d'une infection quelconque, il faut ajouter également un trouble de la nutrition et un trouble fonctionnel du rein, de même nature, se manifestant par de l'hypoazoturie, de l'hypotoxicité urinaire, de l'oligurie et quelquefois de l'albuminurie.

Vidal et Raymond ont signalé, en effet, dans deux cas d'herpétide exfoliative maligne, une augmentation d'urée dans le sang et une diminution correspondante de l'urée dans les urines. Or, nos analyses d'urines nous ont donné des résultats analogues dans tous nos cas d'érythrodermies exfoliantes : dans tous nous avons trouvé une diminution notable du taux de l'urée dans les urines, ce dernier oscillant entre 10 et 14 pour 1000 au lieu de 20 pour 1000 qui est la quantité normale. De plus, il nous a semblé qu'il existait aussi une hypophosphatie presque constante.

L'hypoazoturie semblerait donc, d'après cela, jouer un rôle important dans les érythrodermies exfoliantes généralisées.

Néanmoins, la valeur relative de ces deux éléments : éosinophilie et hypoazoturie n'est pas encore bien établie et reste encore à déterminer.

Certains auteurs, s'appuyant sur la théorie neuro-vasculaire, ont cherché à attribuer au système nerveux le rôle primordial dans la pathogénie des érythrodermies exfoliantes généralisées. Hutchinson en fait de véritables névroses; pour Hebra, il s'agit de troubles vaso-moteurs, ce qui paraît très vraisemblable. Jarisch, Quinquaud, Mario Oro ont décrit dans les érythrodermies exfoliantes des lésions de la substance grise de la moelle et ont cherché à expliquer d'après ces lésions les phénomènes observés. Evidemment ces lésions peuvent exister, mais sont-elles constantes? et de plus, fussent-elles constantes, qu'il resterait encore à expliquer comment elles agissent pour produire les symptômes si variés que nous avons rencontrés.

Pringle croit à l'existence dans le système nerveux central de modifications probablement d'origine toxique.

Tout porte à croire assurément que l'intervention du système nerveux dans la pathogénie de cette affection est sinon certaine du moins fort probable, car les troubles circulatoires intenses, la desquamation, la chute des poils, les lésions des ongles semblent être forcément sous la dépendance directe du système nerveux plutôt que sous la dépendance des lésions sanguines, trop vulgaires pour expliquer de pareils troubles.

Mais les lésions nerveuses ne sont pas suffisantes non plus à elles seules pour expliquer l'affection et ce qu'il y a de sûr, c'est que dans toutes ces érythrodermies, ce n'est pas seulement la peau qui est malade,

c'est le sang, c'est le système nerveux tout entier qui sont profondément touchés : c'est une maladie générale, *totius substantiæ*, comme le disait Vidal.

Quant à l'*élément pathogénique*, source de l'infection, comme nous l'avons fait entrevoir plus haut, il est très variable et la plupart du temps indéterminé. Il peut être tout intrinsèque, venir du dehors et agir exclusivement sur la surface périphérique, naître du dehors, ou y être introduit par toutes les voies de pénétration normales ou pathologiques.

Au dedans, comme au dehors, l'agent irritant peut être purement mécanique, plus ordinairement chimique, provenant des sources les plus diverses et étant lui-même infiniment variable ; apporté par les aliments, les médicaments, élaboré au sein de l'économie par un grand nombre d'altérations simples ou spécifiques des solides ou des liquides, ou même par les micro-organismes.

Mais en aucune circonstance cet irritant lui-même n'est un élément microbien fertile, ni directement pathogène, capable de créer de toutes pièces une maladie spécifique.

Ce qu'est en réalité cet élément irritant infectieux, nous ne saurions le dire ; ce qu'il y a de sûr c'est qu'il est essentiellement variable et qu'il semble bien être de la nature de ces nombreux poisons septiques auto-gènes, qui, sous les influences les plus diverses, normales ou pathologiques, se développent dans l'économie et président directement à la genèse d'un grand nombre de maladies.

Ajoutons enfin que cet irritant pathogène semble plu-

tôt porter son action sur les centres neuro-vasculaires, et que les lésions érythrodermiques paraissent être le résultat d'un trouble réfléchi ou transmis d'un des nombreux foyers de réflexes érythématogènes.

Si, d'après tout cela, nous cherchons à définir pathogéniquement la constitution intime de ce groupe des érythrodermies exfoliantes généralisées, voici les diverses hypothèses que nous pouvons faire, et qui ont déjà été énoncées par Brocq (Pratique dermatologique : conception générale des érythrodermies exfoliantes généralisées).

Première hypothèse. — Dans toutes ces érythrodermies il s'agit d'une sorte de syndrome tenant à des prédispositions individuelles spéciales, qui se développent chez certains sujets sous des influences extrêmement variables, telle que l'application sur les téguments de certains médicaments, telles que des auto-intoxications diverses, des intoxications accidentelles par des toxines microbiennes, etc.

La forme évolutive, l'aspect spécial, la durée, la terminaison de ces éruptions dépendent et de la prédisposition individuelle du sujet qui en est atteint, et aussi dans une certaine mesure de la cause déterminante. Mais que l'érythrodermie survienne pendant le cours d'une autre dermatose, autrement dit qu'elle soit secondaire, ou qu'elle se développe d'emblée chez un sujet sain, c'est-à-dire qu'elle soit primitive, cela n'a pas grande importance; il s'agit en effet toujours du même syndrome.

Telle est l'hypothèse admise par Brocq, hypothèse

qui semble s'adapter d'une façon simple et claire à tout ce groupe.

Une deuxième hypothèse a été émise, savoir que toutes ces diverses formes objectives constitueraient des entités morbides distinctes. Alors les érythrodermies que nous avons qualifiées de secondaires, ne seraient pas comparables aux formes primitives et ne seraient constituées que par une simple transformation objective de la maladie première déviée de son type, et arrivée à un très haut degré de gravité, bien différentes par conséquent des formes primitives qui elles, sont des entités morbides bien à part, et nettement définies.

Cette hypothèse semble actuellement n'être admise par personne.

Enfin pour certains auteurs il y aurait encore une autre hypothèse possible pour expliquer ces faits d'érythrodermies exfoliantes secondaires, d'après laquelle elles résulteraient tout simplement d'un remplacement de la maladie première, (psoriasis, eczéma, lichen, pemphigus) par une dermatite exfoliative généralisée, un pityriasis rubra, ou un pemphigus foliacé.

Il ne nous appartient pas de trancher ici la question qui nécessite encore de longues études avant d'obtenir une solution définitive. Nous dirons seulement que la première hypothèse semble la plus admissible, et que nos observations précédemment citées, paraissent corroborer parfaitement avec l'opinion généralement admise, et que nous avons exposée longuement à propos de la pathogénie des érythrodermies exfoliantes généralisées.

CONCLUSIONS

I. — Sous le titre d'érythrodermie exfoliante généralisée, on doit entendre une série d'affections caractérisées, d'une façon générale, au point de vue objectif :

1° par une rougeur intense et généralisée des téguments ;

2° par une desquamation abondante et également généralisée de l'épiderme sous forme de lamelles minces et sèches.

II. — Ainsi compris, le groupe des érythrodermies exfoliantes généralisées est constitué par un syndrome qui peut se rencontrer au cours de diverses dermatoses (érythrodermies secondaires) ; mais il existe une forme d'érythrodermie, survenant en dehors de toute dermatose, qui, jusqu'à plus ample informé, doit être considérée comme primitive (érythrodermie

vraie) et qui acquiert de ce fait la valeur d'une entité morbide définie.

III. — Qu'elles soient primitives ou secondaires, les érythrodermies exfoliantes généralisées présentent toujours les mêmes caractères objectifs, les mêmes symptômes subjectifs et les mêmes modifications sanguines et urinaires, ne différant dans chacun des cas que par leur degré d'intensité et leur durée.

IV. — Le pronostic des érythrodermies exfoliantes généralisées est variable suivant les cas.

On peut dire d'une façon générale qu'il doit toujours être réservé.

Les unes en effet sont graves en elles-mêmes du fait de leur évolution essentiellement progressive vers une terminaison fatale. Les autres, moins graves en elles-mêmes, peuvent le devenir par suite de récives incessantes. Toutes enfin sont susceptibles de présenter au cours de leur évolution, des complications parfois fort graves pouvant amener une terminaison fatale.

V. — Le diagnostic d'érythrodermie exfoliante généralisée s'impose de lui-même dès que l'affection est constituée. Mais le diagnostic des différentes formes est plus difficile : il repose sur les commémoratifs et sur l'analyse attentive des signes objectifs. Dans certains cas, l'évolution seule peut préciser le diagnostic.

VI. — Les théories les plus diverses, ont été émises

sur la nature des érythrodermies exfoliantes généralisées (théorie sanguine, théorie nerveuse). Aucune d'elles prise en particulier n'est satisfaisante. L'opinion qui paraît la plus rationnelle, c'est qu'il s'agit d'une véritable maladie générale, d'origine toxique ou auto-toxique, dominée par la prédisposition individuelle.

Vu :

Le Président de la Thèse,
GAILLETON.

Vu :

Pour le Doyen, l'Assesseur,
LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 22 janvier 1903

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université.
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- RAYER. — Traité théorique et pratique des maladies de la peau. I. II. p. 468.
- DEVERGIE. — Traité pratique des maladies de la peau, p. 442, 1858, 2^e édition.
- BAZIN. — Leçons sur les affections cutanées arthritiques et dartreuses, 1868, p. 250 et suivantes.
- ERASMUS WILSON. — Diseases of the skin. Sixth édition 1867, p. 476 ; lectures on eczema 1870, p. 356.
- E. VIDAL. — Bulletin de la Soc. med. des Hôpitaux, 1874, p. 256.
- PERCHERON. — Thèse de Paris 1875. Etude sur la dermatite exfoliatrice généralisée.
- DERRÉCAGAIX. — Thèse de Paris 1874.
- L. BROcq. — Etude critique et clinique sur la dermatite exfoliatrice généralisée ou mieux maladie d'Erasmus Wilson. Thèse de Paris 1882.
- L. BROcq. — Etude critique et clinique sur le pityriasis rubra. Arch. gén. de méd., mai, juin, juillet 1884.
- L. BROcq. — Note sur les affections généralisées rouges et desquamatives Comptes rendus du Congrès international de dermat. et de syph. de 1899, p. 72.

- CASPARY. — De la dermatite exfoliatrice généralisée (VI^e Congrès tenu à Strasbourg du 31 mai au 2 juin 1898).
- LEREDDE et DOMINICI. — Soc. française de dermat. et de syph., séance du 10 mars 1899.
- PRINGLE. — Société dermat. de Londres, décembre 1898.
- PERRET. — De l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant. Lyon médical 19 juillet 1885.
- E. BESNIER. — Pathogénie des érythèmes. Ann. de dermat et de syph. 1890.
- BESNIER et DOYON. — Pathologie et traitement des maladies de la peau, leçons de Kaposi, t. I.
- PETRINI (de Galatz). — Communication au Congrès de dermat. et de syph. Paris 1887.
- QUINQUAUD. — Sur la dermatite aiguë grave primitive. Soc. anat. Octobre 1879.
- GIRODE. — Annales de Dermatologie. Septembre 1888.
- AUDRY. — Gazette hebdom. de med. et de chir. juin 1893.
- HAUSHALTER. — Un cas de dermatite exfoliative primitive généralisée subaiguë : recherches bactériologiques. Annales de dermat et de syph. 1890.
- DERRIEN. — Thèse de Paris, 1894.
- PERDRIAT. — Thèse de Paris, 1896.
- VIDAL et LELOIR. — Traité descriptif des maladies de la peau, 1890, p. 161.
- BUCHANAN BAXTER. — Remarques sur la dermatite exfoliative généralisée. British med. journal, juillet 1879, p. 119.
- ORIO MARIO. — (Publications spéciales).
- JADASSOHN. — Archiv. f. dermat und syph, 1891, p. 941, et 1892, p. 85, 271, 462.

